

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AS AVÓS IDOSAS CUIDADORAS DOS NETOS HOSPITALIZADOS**

**CURITIBA**

**2006**

**VANESSA LUZ DOS SANTOS GERONDO**

## **AS AVÓS IDOSAS CUIDADORAS DOS NETOS HOSPITALIZADOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Dra. Maria Helena Lenardt

**CURITIBA**

**2006**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste projeto tão desejado, àquelas que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos, tanto em presença quanto em pensamentos.

Aos meus pais, **Laura e Vicente**, pelo suporte e apoio em minha formação, o que culminou na possibilidade de realização de mais este projeto em minha vida.

Ao meu esposo, **Alessandro**, com seu amor sempre apoiou-me, deu-me força para continuar essa trajetória.

À professora e orientadora, **Dra. Maria Helena Lenardt**, por sua experiência, conhecimento, sabedoria, paciência em seguir comigo.

À todas as colegas do Mestrado, em especial à **Tatiane P. Kuznier**, em poder dividir meus momentos de angústia e dificuldades.

À **Irmã Maria de Lourdes Castanha**, apesar de distante, foi quem possibilitou o início desta realização; humana, amiga, paciente.

À **Irmã Lenira Casagrande**, por apoiar-me no término deste projeto, por entender a necessidade de minha ausência em alguns momentos, por sua amizade e carinho.

À **minha equipe** da instituição em que trabalho, por terem paciência nos momentos em que estava distante, por saberem ouvir e compreender a importância do meu mestrado.

À **Drª Célia Pereira Caldas**, por ter sua admirável presença em minha banca de qualificação e na banca de defesa.

À **Drª Mercedes Trentini**, por sua participação com carisma em minha banca de qualificação.

À **Drª Marisa Monticelli**, por gentilmente ceder-me sua tese em meu auxílio.

À todas as professoras do Mestrado que contribuíram em ensinamentos para o meu crescimento, em especial à **Drª Maria de Fátima Mantovani e à Drª Maria Ribeiro Lacerda**.

À todos os **meus alunos**, com os quais sempre aprendo a ser mestre.

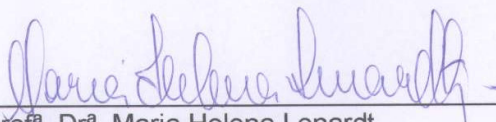
## TERMO DE APROVAÇÃO

VANESSA LUZ DOS SANTOS

### AS AVÓS IDOSAS CUIDADORAS DOS NETOS HOSPITALIZADOS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profª. Drª. Maria Helena Lenardt

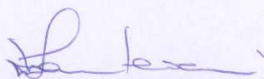
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profª. Drª. Célia Pereira Caldas

Membro Titular: Universidade do Rio de Janeiro – UERJ.

Universidade Aberta da Terceira Idade – UNATI



Profª. Drª. Maria de Fátima Mantovani

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 13 de dezembro de 2006

## RESUMO

SANTOS, Vanessa Luz dos. **As avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados**. Curitiba, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de abordagem etnográfica focada que tem como objetivo geral interpretar o significado de ser avó idosa cuidadora do neto hospitalizado. As avós foram informantes-chave e a equipe de enfermagem informantes-gerais. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2006. O estudo teve como cenário uma instituição hospitalar pediátrica de grande porte na cidade de Curitiba-PR, foi embasado na etnoenfermagem proposta por Leininger (1991). A coleta dos dados foi realizada por meio do modelo de observação-participação-reflexão (OPR) proposto por Leininger (1991) e entrevistas etnográficas individuais de acordo com Spradley (1980), com vinte avós idosas cuidadoras acompanhantes dos netos hospitalizados. Para a ordenação e análise dos discursos foi utilizada a proposição metodológica de Spradley (1979), no estabelecimento dos domínios culturais e taxonomias. Das análises etnográficas surgiram cinco domínios culturais: 1) ser avó cuidadora significa proteger o neto: As avós demonstram intensa felicidade em cuidar do neto, um amor incomensurável, sem limites, apóiam a mãe ou assumem o neto legalmente. O nascimento do neto traz mudanças à vida das avós, ele preenche sua vida e, quando doentes, a mudança é mais intensa, sofrem junto à criança. No hospital defendem, protegem o neto, aprendem os procedimentos de cuidado e, quando conhecedoras exigem mais. Em casa dão continuidade, agendam os horários das medicações e realizam as técnicas aprendidas de acordo com a patologia de cada neto 2) o apoio à mãe: razão para cuidar do neto hospitalizado. As avós dividem a responsabilidade com a mãe: adolescente, aquela com dificuldade em assumir a criança após o nascimento do filho, mãe que trabalha fora, mãe separada; 3) educação do neto em família: as avós são fontes simbólicas de transmissão de valores. As avós transmitem ao neto experiências, são propagadoras da cultura familiar, conquistam o neto, são contra a punição e excesso de agrado, reconhecem a autoridade dos pais; 4) crenças terapêuticas e religiosas: fontes simbólicas de apoio à avó cuidadora: as avós utilizam-se do setor popular e folclórico para cuidar dos netos, apóiam-se também em significantes religiosos, mas acreditam nos profissionais de saúde referente ao cuidado da criança; 5) a responsabilidade da avó diante das incapacidades da genitora em cuidar do neto. Da análise temática emergiu o tema: “o cuidado amoroso das avós junto aos netos hospitalizados: do sagrado ao profano, do imanente ao transcendente”, alicerçado no pensamento de Leonardo Boff (2000) e Mircéia Eliade (1992), desenvolvido após profundo contato com os dados coletados e estabelecimento das relações com os domínios. Demonstra o intenso cuidado amoroso das avós para com os netos hospitalizados, sentimento este inexplicável para elas, configura-se como aquele que ultrapassa o limite do imanente do ser humano. As avós são consideradas seres de imanência (sagrado) e de transcendência (profano), imanentes devido à sua limitação, seu enraizamento, sua corporeidade, suas ligações à família; são características oriundas desde o seu nascimento. No decorrer de sua vida

ela descobre o seu potencial de transcender, diminui sua dimensão “galinha” (imanência) para atingir a de “águia” (transcendência), de acordo com as metáforas utilizadas por Leonardo Boff. Já os antropólogos na linha simbólica colocam o sagrado e o profano como categorias utilizadas para analisar símbolos sociais. O sagrado seria anormal, especial, do outro mundo, real e tabu. O profano seria normal, cotidiano, deste mundo, plebeu e permitido. Quando o sagrado toca o profano, este se sacraliza. Em cada experiência de sua vida incrementa e adapta sua dimensão transcendente e, quando avó ela atinge o auge, está pronta para transcender no cuidado amoroso com o neto. A avó rompe todos os limites, recusa-se em aceitar a doença da criança, questiona, preocupa, cuida. Elas são seres de *protest-ação*, não aceitam negligências com o neto, apóiam a mãe na assistência, mas estão sempre atentas, para que, se necessário, tomarem outras atitudes, como assumir legalmente o neto. As avós, mesmo na terceira idade estão dispostas, superam barreiras, abrem caminhos, estão num momento de *ex-istência*, projetam-se para fora, determinam o seu “estilo” de serem avós, estão enamoradas pelo neto, passam horas ao seu lado, não medem sacrifícios, nunca o abandona.

Descritores: idoso, cuidado da criança, hospitalização, pesquisa em enfermagem.

## **ABSTRACT**

SANTOS, Vanessa Luz dos. The elderly grandmother-carer of hospitalised grandchildren. Curitiba, 2007. Dissertation ( Master's Degree in Nursing) – Federal University of Paraná.

It is a study of qualitative nature and focussed ethnographic approach which aims at interpreting the meaning of being an elderly grandmother-carer of hospitalised children. The grandmothers were key-informers and the nursing staff was general-informers. The data gathering occurred between August and October 2006. The study is set in a large children's aid Institution in the city of Curitiba and was based on the ethno-nursing proposed by Leininger(1991). The data gathering was carried out via the Observation-Participation-Reflection model also proposed by Leininger(1991) and individual ethnographic surveys with twenty elderly grandmother-carers accompanying the hospitalised grandchildren according to Spradley (1980). For the ordering and analysis of discourse, the methodological proposition by Spradley (1979) was used in the establishment of cultural domains and taxonomies. From the ethnographic analysis emerged five different cultural domains: 1) being a grandmother-carer means protect the grandchild. The grandmothers show intense happiness about taking care of the grandchild, an immeasurable and limitless love, they support the mother or legally take over the child. The grandchild's birth brings changes to the life of grandmothers, it fills their lives and, when they are sick, the change is even more intense, they suffer together with the child. In the hospital they defend and protect their grandchildren, they learn the procedures for caring and, when they are knowledgeable about, they want more. At home, they give continuity, they schedule the times for medication and put into practice the techniques they had learned according to the pathology of each grandchild 2) the support to the mother: reason for taking care of the hospitalised grandchild. The grandmothers share the responsibility with the mother: adolescent, the one who has difficulty taking over the child after birth, the one who works out, or the separated mother; 3) the grandchild's education in family: the grandmothers are symbolics sources in the transmission of values. The grandmothers share their experiences with their grandchildren, they are advertisers of family culture, conquer the grandchild, are against excessive punishment or patting, recognise parental authority; 4) taking care of the healthy/ sick grandchild: attitudes that bring change inn the life of the grandmother and the family. The grandchild's birth brings changes to the life of grandmothers, it fills their lives and, when they are sick, the change is even more intense, they suffer together with the child; 5) therapeutic and religious beliefs: symbolic source of support to the grandmother-carer. The grandmothers make use of the folkloric and public sector to take care of their grandchildren, they also seek refuge in religious means, but they do believe in the professionals entitled of their grandchild's care. From the thematic analysis emerged the theme: "the loving care of the grandmother-carers towards their hospitalised grandchildren: from sacred to profane, from immanence to transcendence" based on the thoughts of Leonardo Boff (2000) and Mircéia Eliade (1992), developed after profound contact with the gathered data and the establishment of relations among

the domains. It demonstrates the intense loving care of grandmothers towards the hospitalised grandchildren, such an inexplicable sentiment that is shown as the one which trespasses the limit of the human immanence. The grandmother is considered a being of immanence (sacred) and transcendence (profane), immanent due to her limitation, her rooting, her corporeity, her family bonds; characteristics from birth. Throughout her life she discovers her potential to transcend, lessens her “chicken” dimension (immanence) and reaches her “eagle” dimension (transcendence), according to the metaphors used by Leonardo Boff. Already the anthropologists in the symbolic line place the sacred and the profane as categories used to analyze social symbols. The sacred would be abnormal, special, of the other world, Real and taboo. The profane would be normal, everyday, of this world, plebeian and allowed. When the sacred lair the profane, this is to get sacred. In each life experience, she enhances and adapts her transcending dimension and, as a grandmother, she reaches the summit and is ready to transcend in the loving care towards her grandchild. The grandmother trespasses all limits, refuses to accept the child’s disease, questions, worries and takes care. They are beings of *protest – action*, they do not accept negligence towards her grandchild, they support the mother in assistance, but they are always attentive, so as to, if necessary, they take different actions such as legally take over the child. The grandmothers, even though third-aged, overcome barriers, open tracks, are in a moment of *ex-instance*, project themselves, determine their style of being grandmothers, are in love with their grandchild, spend hours by their sides, do not mind sacrifices but never leave them.

Key words: elderly, child’s care, hospitalisation, research in nursing.



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>xi</b>
<b>LISTA DE APÊNDICES.....</b>	<b>xi</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>ix</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>6</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	7
3.2 O CUIDADO E A FIGURA DA AVÓ CUIDADORA.....	16
3.3 AS AVÓS CUIDADORAS.....	21
3.4 CULTURA E SIGNIFICADO.....	25
<b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>	<b>32</b>
4.1 A ETNOGRAFIA E A ETNOENFERMAGEM.....	32
4.2.O MODELO DE OBSERVAÇÃO-PARTICIPAÇÃO-REFLEXÃO (OPR).....	40
4.3. O REFERENCIAL ANALÍTICO DE SPRADLEY.....	45
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>47</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	47
5.2 OS INFORMANTES .....	48
5.3 CENÁRIO DO ESTUDO .....	49
5.4 A ABORDAGEM INICIAL DO CENÁRIO E DOS INFORMANTES.....	51
5.5 A COLETA DE INFORMAÇÕES.....	53
5.6 O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS.....	60
5.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	61
5.8 QUESTÕES ÉTICAS.....	62
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
6.1 CENÁRIO E SITUAÇÕES SOCIAIS.....	65
6.2 PERFIL DAS AVÓS, DOMÍNIOS CULTURAIS E TAXONOMIAS.....	68

6.2.1 Análise do perfil das avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados.....	69
6.2.2 Domínio cultural 1: ser avó cuidadora significa proteger o neto.....	77
6.2.3 Domínio cultural 2 : o apoio à mãe: razão para cuidar do neto hospitalizado.....	91
6.2.4 Domínio cultural 3: educação do neto em família: as avós são fontes simbólicas de transmissão de valores.....	97
6.2.5 Domínio cultural 4 :crenças terapêuticas e religiosas: fontes simbólicas de apoio à avó cuidadora.....	103
6.2.6 Domínio cultural 5: a responsabilidade da avó diante das incapacidades da genitora em cuidar do neto.....	111
<b>7 TEMA CULTURAL.....</b>	<b>114</b>
7.1 TEMA CULTURAL: O CUIDADO AMOROSO DAS AVÓS JUNTO AOS NETOS HOSPITALIZADOS: DO SAGRADO AO PROFANO, DO IMANENTE AO TRANSCENDENTE.....	<b>114</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>120</b>
<b>9 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>123</b>
<b>10 APÊNDICES.....</b>	<b>136</b>
<b>11 ANEXOS.....</b>	<b>141</b>

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DOMÍNIO CULTURAL 1: SER AVÓ CUIDADORA SIGNIFICA PROTEGER O NETO.....	145
QUADRO 2 - TAXONOMIA 1: SER AVÓ CUIDADORA SIGNIFICA PROTEGER O NETO.....	146
QUADRO 3 – DOMÍNIO CULTURAL 2: O APOIO À MÃE: RAZÃO PARA CUIDAR DO NETO HOSPITALIZADO.....	154
QUADRO 4- TAXONOMIA 2: O APOIO À MÃE: RAZÃO PARA CUIDAR DO NETO HOSPITALIZADO.....	154
QUADRO 5- DOMÍNIO CULTURAL 3: AS AVÓS SÃO FONTES SIMBÓLICAS DE TRANSMISSÃO DE VALORES.....	156
QUADRO 6 – TAXONOMIA 3: EDUCAÇÃO DO NETO EM FAMÍLIA: AS AVÓS SÃO FONTES SIMBÓLICAS DE TRANSMISSÃO DE VALORES .....	156
QUADRO 7 – DOMÍNIO CULTURAL 4: CRENÇAS TERAPÊUTICAS E RELIGIOSAS: FONTES SIMBÓLICAS DE APOIO À AVÓ CUIDADORA.....	160
QUADRO 8 – TAXONOMIA 4: CRENÇAS TERAPÊUTICAS E RELIGIOSAS: FONTES SIMBÓLICAS DE APOIO À AVÓ CUIDADORA.....	160
QUADRO 9 - DOMÍNIO CULTURAL 5: A RESPONSABILIDADE DA AVÓ DIANTE DAS INCAPACIDADES DA GENITORA EM CUIDAR DO NETO .....	163
QUADRO 10 - TAXONOMIA 5: A RESPONSABILIDADE DA AVÓ DIANTE DAS INCAPACIDADES DA GENITORA EM CUIDAR DO NETO.....	163

## LISTA DE APÊNDICES

<b>APÊNDICE 1- ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>139</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa – que nos anos 70 era mais notável nos países da Europa, Japão e América do Norte – hoje é mais relevante nos países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil. De acordo com dados de projeção, no Brasil, estima-se que em 20 anos o número de idosos ultrapasse os 30 milhões, o que representaria 13% da população do país nesse período. Quanto à população mundial, avalia-se que até o ano de 2050 um quinto dela seja formada por idosos (IBGE, 2000).

Conforme dados apresentados pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2005), no estado do Paraná, de um total de 10.043.918 habitantes, 882.262 apresentavam 60 anos ou mais, o que significa 8,78% da população paranaense. Em relação à população de Curitiba, segundo o IBGE (2000), de um total de 1.748.361 habitantes, 146.025 são maiores de 60 anos, o que representa 8,35% do total de habitantes.

De acordo com esses dados estatísticos, a predominância do número de idosos é do sexo feminino. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens. Essa maior longevidade feminina vem sendo confirmada pelos dados dos últimos censos demográficos realizados no país que, em 1991, registrou a porcentagem de 54% de mulheres idosas e, em 2000, um número de 55,1%, isto é, para cada 100 mulheres idosas, havia 81,6 homens idosos (IBGE, 2000).

De acordo com Rodrigues e Rauth (2002), ocorre aumento na população acima de 60 anos e maior sobrevivência das mulheres. Carvalho Filho e Papaleo Netto (1994, p. 4) complementam: “a expectativa de vida ao nascer é de cinco a sete anos maior no sexo feminino. Sendo que 70% da população acima de 75 anos e 80% acima de 85 anos seja constituída por mulheres”.

As mulheres e os homens envelhecem de maneiras diferentes. As mulheres vivem mais do que os homens. Em relação à esperança de vida, a vantagem da mulher, em parte, é biológica. Longe de ser o sexo frágil, o sexo feminino parece ter mais capacidade de recuperação do que o masculino, em todas as idades (...) embora algumas das

diferenças entre mulheres e homens se devam a características biológicas, outras se devem à determinação social de funções e responsabilidade (PESSINI, 1999, p. 195).

As funções das mulheres em relação à determinação social na terceira idade são expostas por Leite (2004, p. 12): “gostam de passear, viajar, comer bem e receber presentes pessoais. Mantém a memória e efetuam o controle do dinheiro que possuem. Selecionam as pessoas para conversar. Querem estar sempre com os filhos, netos e participar do mundo que as cerca”.

Os números ainda revelam outra realidade referente às idosas responsáveis por domicílio, em que é mais recorrente a forma de organização familiar sem o cônjuge: 93,3% (IBGE, 2000). A maior parte dessas mulheres são viúvas e sozinhas, o que em parte é decorrente do predomínio de casamentos dos homens com mulheres mais jovens (BERQUÓ, 1999; VERAS, 2002).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), no Brasil, cerca de seis milhões de idosos têm filhos e/ou outros parentes sob sua responsabilidade. Em 1991, 2,5 milhões de netos e bisnetos viviam com as avós e bisavós e, em 2000, esse número subiu para 4,2 milhões (IBGE, 2000). De acordo com essas observações, constato que muitas avós são cuidadoras de seus netos, desempenhando esse papel tanto no dia-a-dia, como em casos em que as crianças ou adolescentes estejam internadas em hospitais.

Essa presença das avós cuidadoras está intimamente relacionada ao aumento da expectativa de vida da população, culminando nos últimos anos na maior proporção do número de crianças, que não apenas conhecem suas avós ou bisavós, mas convivem com elas. Trata-se de uma realidade recente, que Aratangy e Posternak (2005, p. 21) evidenciam, pois até pouco tempo “não era comum os netos possuírem vínculos com os pais de seus pais”.

A influência das avós como cuidadoras sobre os netos ocorre “particularmente, na gravidez adolescente, no trabalho da mulher fora de casa, nos casos de excepcionalidade da criança, uso de drogas ou mesmo morte dos pais” (DIAZ e SILVA, 1999, p. 119). Ou seja, algumas situações em que há necessidade dessas mulheres, já idosas, serem responsáveis pelas crianças.

É possível afirmar que as avós desempenham o papel de cuidadoras independentemente do espaço em que isso possa ocorrer: no seio familiar, nos hospitais ou na vizinhança. De acordo com Leitão (2000), o cuidador é aquele que tem a responsabilidade do cuidado, assistindo as necessidades das pessoas a serem cuidadas, buscando a melhoria da saúde. Em momentos de doença da criança, freqüentemente nas de seus netos, as avós assumem o papel de cuidadoras.

Na doença, é habitual que a criança se sinta fragilizada e necessite de alguém que lhe transmita confiança. “O cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso de cuidar do outro que envolve também o auto-cuidado, a auto-estima, a auto-valorização e a cidadania do que cuida” (CALDAS, 2004, p. 17).

Na relação entre avós e seus netos hospitalizados, percebo um intenso cuidado, uma dedicação extrema (até mesmo exagerada). Entretanto, essas avós, sem justificativa para tanto, deixam de cuidar de si próprias em prol do cuidado de seus netos. Aparentemente, esse comportamento pode estar alicerçado nos conhecimentos advindos de sua cultura de cuidados, do seu pertencimento ao setor familiar.

Cada setor de cuidado possui seus símbolos e rituais, com seus métodos de tratamento de doenças, um diferente do outro. Ele estabelece a interação em três setores: o profissional, o folclórico ou tradicional e o popular ou familiar (KLEINMAN, 1980).

Segundo Santos (2003, p. 13) :

no campo familiar as pessoas aprendem e desenvolvem suas práticas de cuidado bastante influenciadas por sua cultura (...) Em alguns casos, o cuidado dispensado pelos membros da família pode não ser o mais adequado tecnicamente, mas tem uma forte expressão simbólica por envolver vínculos afetivos, alianças e o compartilhar de uma história que é peculiar a cada família.

Ainda hoje as avós pertencem ao setor familiar e seus cuidados prestados aos netos são influenciados por sua cultura. Observei diariamente, no contato com essas mulheres em meu ambiente de trabalho, o elevado número de avós que acompanhavam seus netos hospitalizados e são importantes promovedoras de cuidado às crianças e orientações às mães; em algumas situações como apoio à filha

parturiente nas primeiras semanas após a gestação e, em outros casos, até como pessoas responsáveis pela criança internada.

De acordo com essas observações empíricas, deduzo que avós são peças-chave no processo de cuidado dos familiares nos hospitais. Preocupa-me essa figura da avó cuidadora ao constatar que as instituições de saúde pouco valorizam sua presença. Na maioria das situações, a presença da mãe é vista como primordial no acompanhamento da criança e, quando a avó aparece nessa situação, são freqüentes os comentários: *“aonde estaria essa mãe?”*, *“Longe da criança?”*, *“Assumir o neto, este não é papel da avó idosa”*.

A avó demonstra atitudes de acompanhante aguerrida ao neto, pessoa em quem a criança confia plenamente e, neste estranho ambiente hospitalar, ela é o seu ponto de apoio e de conforto diante de tantos sofrimentos provocados pelo tratamento e pelos procedimentos dos médicos, da equipe de laboratório e da enfermagem. Esse relacionamento próximo entre neto e avó parece iniciar já no nascimento e vai se intensificando no decorrer da vida. As crianças tornam-se extremamente apegadas às suas avós, principalmente quando passaram por outros internamentos.

Olhando com atenção, vejo que essas mulheres-avós não só auxiliam, mas muitas vezes assumem os cuidados para com os recém-nascidos: os primeiros banhos, os cuidados com o coto umbilical, a troca de fraldas, a administração da mamadeira, o encaminhar a criança à vacinação, as consultas ao pediatra e, o grande suporte durante a necessidade da hospitalização da criança. Os papéis de mãe e avó se confundem. O lugar da protagonista é assumido pela avó que precisa cuidar de seu neto, como uma mãe cuida de seu filho. Muitas responsabilidades são assumidas pelas avós e, certamente, elas tomam diferentes significados no desempenho desse papel.

Verifiquei que este tema é pouco contemplado pela literatura especializada; são escassos os títulos que abordam a avó que precisa cuidar de seus netos. Por esta razão, acredito que o presente estudo poderá gerar dados importantes e trazer subsídios teóricos e práticos referentes ao papel da avó, na terceira idade, cuidadora do neto.

Para o desenvolvimento deste estudo, tive a seguinte questão norteadora: **qual o significado de ser avó cuidadora na terceira idade?**

O estudo teve como meta geral interpretar o significado de ser avó idosa cuidadora, para aquelas que acompanham o neto no período da hospitalização.



## **2 OBJETIVO GERAL**

Interpretar o significado de ser avó idosa cuidadora, para aquelas que acompanham o neto no período da hospitalização.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para desenvolver o trabalho proposto e interpretar o significado de ser avó idosa cuidadora de seu neto hospitalizado, busquei informações contidas na literatura que me deram suporte na definição dos conceitos de processo de envelhecimento; cuidado; avó cuidadora; cultura e significado. Abordo, neste capítulo, cada uma destas definições.

#### 3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo, advém gradativamente no ser humano, passando por vários estágios. Para Moragas (2004, p. 47), “o envelhecimento é visto como um processo vital de acumulação de anos” (...). Denomina-se processo “qualquer ação continuada, curso ou andamento; sucessão de fatos ou eventos que culminam em um resultado, ou que se reproduzem com regularidade” (HOUAISS E VILLAR, 2001, p. 2303).

De acordo com Papaléo Netto (1997, p. 44), o envelhecimento é “(...) um processo dinâmico e progressivo, no qual modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte”.

“À medida que o tempo passa, os mecanismos homeostáticos tornam-se menos sensíveis, mais lentos, incertos e menos bem sustentados, formando um processo dinâmico, progressivo” (LENARDT et al., 2001, p. 90).

No processo de envelhecimento existe um conjunto de modificações em todos os sistemas orgânicos em que o indivíduo adquire degradação da vitalidade com probabilidade de adquirir patologias, aumentando seu nível de morbi-mortalidade.

Outros autores citam o aspecto social do envelhecimento. Para Santos (2000, p. 77), o envelhecimento significa:

um estágio que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de interesse. O envelhecimento biológico pode ser definido como um processo contínuo que apresenta diferenciações de um ser humano para outro e até no mesmo ser humano, quando alguns órgãos envelhecem mais que os outros. Já o envelhecimento social ocorre de modos diferentes em culturas diversas e está condicionado à capacidade de produção, tendo a aposentadoria como seu referencial mais marcante. Temos o envelhecimento intelectual que começa a acontecer quando o idoso apresenta falhas na memória, dificuldade de atenção na orientação e concentração, enfim, modificações desfavoráveis em seu sistema cognitivo. Finalmente o envelhecimento funcional quando começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou tarefas do dia-a-dia.

O processo de envelhecer é uma característica dos seres vivos. Existem diferentes definições para essa etapa da vida humana. “A velhice é o que acontece às pessoas que ficam velhas; impossível encerrar essa pluralidade de experiências num conceito, ou mesmo numa noção. Pelo menos, podemos confrontá-las umas com as outras, tentar destacar delas as constantes e dar as razões de suas diferenças” (BEAUVOIR, 1990, p. 345).

“Atualmente, em definição de velhice, consideram-se outras características pessoais como estado físico, doenças, história pessoal e profissional, equilíbrio familiar e social, de tal maneira que é avaliada a pessoa, em sua complexidade” (MORAGAS, 2004, p. 26).

Segundo Secco (1999, p. 12):

o envelhecimento embora marcado por mutações biológicas visíveis, é também cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura, de época para época. Deste modo, fica evidente a impossibilidade de pensarmos sobre o que significa ser velho, fora de um contexto histórico determinado.

O envelhecimento não está relacionado somente aos anos vividos, mas a outros sistemas pertencentes a ele. De acordo com Sanchez e Roel, apud Mori e Coelho (2004, p. 178): “o envelhecer é determinado não só pela cronologia, mas também pela condição social na qual se encontra a pessoa em questão, além de ser um processo fortemente afetado pelas singularidades individuais”.

Quanto ao envelhecimento social, vários autores colocam aspectos importantes e, principalmente, relacionados aos estereótipos de ser idoso, em como a sociedade visualiza a terceira idade e como esse indivíduo, nesse processo, pode criar caminhos para adaptar-se à modernidade sem abdicar de seus padrões culturais.

Sobre isso, Debert (1999, p. 14), aponta aspectos sociais marcantes:

a tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A idéia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de realizar projetos abandonados em outras etapas e estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos.

Complementando a idéia anterior, Moragas (2004, p.102) diz:

quanto maior a inflexibilidade pessoal, maiores as necessidades de adaptação do idoso. Daí a importância de se incentivar a flexibilidade pessoal ao longo de toda a vida. Para os idosos é difícil a integração total aos valores da sociedade contemporânea, pois não podem renunciar completamente aos próprios, sob pena de arriscarem gravemente o equilíbrio pessoal.

O idoso sofre não só a ação do tempo sobre o seu papel.

Todas essas perdas: perdas de papéis ocupacionais e as perdas afetivas, na velhice podem fazer emergir certo grau de ansiedade nos idosos e levar a desvalorização pessoal. O esvaziamento de papéis sociais advindos da aposentadoria ou das perdas oriundas da morte, a busca de novos horizontes pelas pessoas que nos são caras, levam muitas vezes ao ostracismo ou à perda do significado do viver e conseqüentemente, ao isolamento e às dificuldades de comunicação verbal com os que nos circundam, além da maior solidão (CARVALHO FILHO e PAPALEO NETTO 1994, p. 12).

Nota-se, nos dias atuais, uma crescente tendência na valorização do jovem para a ocupação de papéis e produção, enquanto que o idoso não é mais reconhecido por sua sabedoria e é abandonado pela sociedade. Segundo Lenardt et al. (2003, p. 51), “em épocas remotas, o fator determinante do bem-estar e do prestígio do idoso era

ligado não somente ao seu papel religioso e político no grupo, como também às suas condições econômicas. Em algumas culturas da antigüidade, foi tido como sábio, detentor de poderes e crenças.” Os idosos eram valorizados no passado, o que não ocorre no mundo moderno, imerso em idéias de capitalismo e produção, conforme estabelecem Busse e Blazer (1999, p. 16-17):

nas sociedades tradicionais, o velho representava sabedoria, paciência e transmitia os valores do grupo (...). O velho tinha um papel na vida do jovem, que constituía o lugar simbólico para a velhice. A partir do século XVIII e com as transformações no campo social advindas da Revolução Industrial, há uma mudança de valores: o grupo perde o seu papel constituinte das tradições e subjetividades, e o indivíduo, restrito ao grupo familiar e livre dos grilhões da religião e das tradições, passa a ser valorizado pelo que ele produz. Cada cidadão valerá pelas próprias realizações, e perdem-se as referências de ordenamento da sociedade tradicional.

O mundo moderno cultua cada vez mais o capitalismo, a produção, culminando nos estereótipos da figura do idoso. A dinâmica social hoje é muito diversa da que predominava, por exemplo, nos anos trinta, como destaca Debert (1999, p. 16): “as pessoas de mais idade, na certeza de que hoje não podem viver como antigamente, ocupam e redefinem os novos espaços criados para envelhecer, respondendo de maneiras diversas ao tipo de controle de emoções que passa a ser neles exigido”.

É uma necessidade para os idosos, inseridos em um cenário em constantes mudanças, buscar uma flexibilidade que os possibilite adaptarem-se aos novos ambientes e realidades da vida. De outro modo, sofrerão mais e tenderão a uma crise de identidade, tanto sócio-cultural, como pessoal.

Esta tentativa de adaptação pode ser percebida em algumas pessoas que chegaram à velhice, como afirma Reis (2003, p. 1): “na nova velhice os mais velhos estão vigorosos, atraentes e participam eventualmente do mercado de trabalho”.

Há de se destacar o fato de que é possível alcançar uma velhice saudável e ativa, atravessando o processo de transformações físicas e sociais que o tempo impõe. No entanto, isto é possível a partir da experiência de vida de cada pessoa desde seu nascimento, seu avanço à juventude e à vida adulta. Alguns autores e pesquisadores enfatizam que o bem-viver influi diretamente na saúde física dos indivíduos, diminuindo

as chances de aquisição de patologias. Se a pessoa idosa for motivada e ativa, ela possui probabilidades menores de desenvolver complicações físicas e mentais durante o processo de envelhecimento, o que possibilitará a ela uma vivência da velhice satisfatoriamente.

A serenidade, o bem-viver, a alegria durante toda a vida, possibilitam maiores chances de, a partir dos 65 anos, os idosos poderem melhor vivenciar a terceira idade (VAILLANT, apud PAPALIA, 2000).

Segundo Moragas (2004, p. 50), há uma explicação biológica para esse fato: “a motivação, estilo de vida, interesses, ocupações, companhia e capacidade de decisão (...) afetam, diretamente, variáveis biológicas como a produção de linfócitos, secreções hormonais, neurotransmissores, responsáveis diretos pelo bem-estar fisiológico da pessoa”.

A velhice deve ser então considerada a partir de vários fatores: contexto cultural, social, político, econômico, da história pessoal, enfim, várias são as influências que interferem na vida das pessoas (MATTOS et al., 1998), inclusive as questões de gênero estão fortemente imbricadas.

Percebe-se a somatória de fatores e desmembramentos do processo de envelhecimento. Levantar essas considerações permite uma conclusão quanto ao próprio processo: ele não se configura apenas em sentido cronológico, mas também na forma em que o homem ou a mulher condiciona sua vida.

Tal idéia é expressa por Busse e Blazer (1999, p. 25):

envelhecer, nos organismos vivos, geralmente refere-se aos efeitos adversos da passagem do tempo, embora ocasionalmente o termo refira-se aos processos positivos de maturação ou aquisição de uma qualidade desejável. E envelhecimento biológico não está necessariamente confinado aos últimos anos de vida; alguns declínios começam com a concepção.

O ponto de referência para o declínio das funções fisiológicas começa ocorrer já na adolescência: “os tecidos perdem flexibilidade e capacidade de recuperação, os órgãos e sistemas reduzem a velocidade e a qualidade de suas funções e o ritmo vital

se atenua de diversas formas a partir do fim da adolescência” (MORAGAS, 2004, p. 27).

No que se refere ao processo fisiológico de envelhecimento, destacam-se as observações de Busse e Blazer (1999, p. 25):

à medida que os humanos envelhecem, a pele freqüentemente torna-se enrugada, seca e seborréica, e a ceratose actínica aparece. Os cabelos tornam-se grisalhos e mais escassos; a calvície aumenta. Os dentes apresentam problemas e são perdidos. (...) As células de gordura invadem os músculos e a força muscular diminui. (...) Densidades ósseas, influenciadas pelo sexo e raça, diminuem com a idade. Nas mulheres, especialmente, os ossos trabeculares dos quadris, pulsos e vértebras são de sobremodo afetados. A musculatura estriada diminui pela metade por volta dos 80 anos de idade. À medida que essas células musculares desaparecem, elas são substituídas por células adiposas e tecido conjuntivo fibroso (...)

Outros autores complementam esses estudos anteriores. Conforme Souza e Iglesias (2002), ocorre encurtamento torácico com aumento do diâmetro antero-posterior com sobrecarga da função diafragmática, espessamento das camadas íntima e média das artérias pulmonares de maior calibre, levando ao aumento da resistência vascular pulmonar.

A contração do miocárdio, por unidade de tempo, fica mais lenta e o poder contrátil diminui, embora a força de contração seja mantida. Nessas condições, o coração do idoso é menos sensível à estimulação beta-adrenérgica, o que limita o número máximo de batidas que pode ser alcançado (OLIVETTI; MELLISART e CAPASSO, 1991).

Em relação à função renal, Souza Filho (2000, p. 5) afirma que “há perda gradativa do parênquima e declínio da função dos rins durante o envelhecimento. Ocorre esclerose glomerular e conseqüente redução da taxa de filtração. Em decorrência destas alterações, o paciente torna-se mais suscetível à insuficiência renal aguda “(...)”

Além disso, os indivíduos, na terceira idade, possuem maiores riscos à infecção. Isto ocorre porque os idosos possuem redução das imunidades celular e humoral, além de perda da reserva fisiológica (SMELTZER e BARE, 2000).

Existe um aumento da rigidez dos tecidos. O tecido adiposo aumenta e apresenta distribuição centrípeta, a estatura e o peso diminuem, aumenta a circunferência do crânio, a amplitude do nariz e dos pavilhões auditivos (NETTO, 1996). Para Busse e Blazer (1999, p. 26-27):

no cérebro, os neurônios diminuem e são perdidos, e ocorrem alterações nas sinapses e redes neuronais. A perda de células nervosas, particularmente aquelas nas áreas vulneráveis do hipotálamo, pode contribuir para colocar os idosos sob o risco de certas mudanças fisiológicas e aberrações mentais e emocionais associadas. O envelhecimento resulta em um declínio dos neurotransmissores, tais como dopaminas, norepinefrina, serotonina, tirosina hidroxilase e colinesterase. A atividade da monoaminoxidase aumenta com a idade.

Em razão de diferentes parâmetros de vida entre homens e mulheres, o processo de envelhecimento para as mulheres decorre de maneira mais lenta e as conseqüências do mesmo são mais amenas e prolongadas. De acordo com Carvalho Filho e Papaleo Netto (1994, p. 28), parte dessa diferença se dá graças à ação dos hormônios femininos, o que influencia na ocorrência (ou falta de) certas doenças, e prolongamento da expectativa de vida em função de determinadas patologias.

Biológica e fisiologicamente as mulheres possuem níveis mais altos de IgM, com influência dos cromossomos sexuais. O cromossomo X carrega mais IgM e a duplicidade do cromossoma X nas mulheres pode ser o responsável pela maior sobrevivência. Existe a proteção dos estrógenos sobre a parede arterial, prevenindo o surgimento ou minimizando os efeitos da insuficiência coronariana. Além disso, as mulheres são mais atentas à sua saúde, procurando assistência médica mais precocemente que os homens, fator decisivo de melhor prognóstico de doenças crônicas (CARVALHO FILHO e PAPALEO NETTO, 1994, p. 28).

No que se refere ao sexo feminino, além do fator fisiológico, somam-se ao processo de envelhecimento nas mulheres os fatores psicológico e emocional. Jorge (1999), elabora uma linha que analisa a figura da mulher idosa nos tempos atuais, frente aos valores sociais hoje vigentes. A autora destaca o papel da mulher na sociedade nas últimas três décadas; sua posição no mercado de trabalho – que muda os conceitos de mãe e avó – e as conseqüências deste fato; a mudança na postura quanto à gravidez e a leitura atual da velhice e a ruptura com paradigmas.



Para Jorge (1999, p. 16-17):

no mundo contemporâneo, as identificações do sujeito de meia-idade e do velho são fraturadas: ele já não corresponde aos ideais e desejos dos outros e não tem como identificar-se aos valores da sociedade e da cultura que, em última análise, são transmitidos pelos indivíduos que fazem parte dessa sociedade ou cultura. Diante disso, no processo de envelhecimento, o sujeito torna-se impotente para superar criticamente o modelo vigente que prioriza o jovem e a juventude, o belo, o forte e poderoso, e se submete a ele, tentando apagar as diferenças. Para a mulher, a situação parece ser mais dolorosa, na medida em que a beleza física é o principal atributo de valor para ela no mundo contemporâneo ainda dominado pela cultura machista (...).

Ao citar a história das mulheres ocidentais, Del Priore (1997) coloca que elas têm passado pela história de seus corpos, cuja tríade da perfeição física (juventude, beleza e saúde) tem trazido consequências psicológicas cada vez mais sérias ao enfrentamento do processo de envelhecimento.

De qualquer forma, nos dias atuais, elas freqüentemente são instigadas, em função do aviltamento físico, a verem-se como desgastadas. As mulheres são submetidas às grandes indústrias de beleza, cirurgias plásticas, cremes rejuvenescedores, no intuito de tentar manter – ou recuperar – a juventude que se esvai.

Para Moragas (2004, p. 75):

a ênfase na juventude colocada pela mídia é integrada dentro da sociedade, correspondendo à maior energia física e psíquica, a ênfase da valorização se situa no fazer, no sucesso, no desempenho do papel. Com a maturidade tardia e o começo da velhice, a valorização realista se baseia em reconhecer a diminuição das funções e em fazer o que deve ser feito. A auto-estima, depende, então, mais de qualidades morais do que de sucessos sociais.

A questão estética, para a mulher, evidencia justamente o fator psicológico e seu condicionamento em função do envelhecimento: “no confronto entre o eu ideal e a realidade corporal, a mulher na idade madura vê seu corpo mudar dia-a-dia e não corresponder mais aos padrões da sociedade; presentificam-se a incompletude e a castração, que quebram as imagens narcísicas constituintes do eu” (JORGE, 1999, p. 17).

As leituras de Jorge da mulher e do envelhecimento são frutos das teorias psicanalíticas. Mesmo assim, desvendam essa realidade de aniquilamento que a velhice traz para aqueles que a ela chegam porque revela o cenário atual em que não importa o que se é, mas sim o que se faz. Tal análise também é feita por outros autores como Beauvoir (1990); Goldfarb (1998) e Lopes, Néri e Park (2005).

As alterações ocorrem de modo diferente nos homens e mulheres. Ambos sofrem perdas com a idade, enfrentam preconceitos e estereótipos, mas os recursos com que contam para enfrentar a velhice são específicos, conforme aponta Debert (1999): enquanto as mulheres enfatizam a autonomia e a liberdade como valores alcançados na velhice, os homens priorizam a lucidez que lhes garantiria, nas idades mais avançadas, o conhecimento das realidades social e política em que se encontram.

Segundo *op cit* (1999, p. 184):

para as mulheres, o envelhecimento significa uma passagem de um mundo totalmente regrado para outro em que se sentem impelidas a criar as próprias regras. O próprio do envelhecimento é vivenciar um processo de perdas indesejadas que tornaram a independência e a liberdade possíveis.

Em considerações de Fraiman (1991), existem pontos específicos quanto à figura da mulher idosa. Geralmente, esta figura recai sobre a realidade que vive, e os papéis que desempenhara em sua vida:

aquelas que foram dedicadas, quase que exclusivamente, à vida familiar e às tarefas domésticas, dizem ter-se esquecido de si próprias, e consideram que agora é tarde para retornar aos estudos e conseguir emprego. Sentem inveja de seus filhos e de seus maridos, quanto à sua formação e profissão, frente aos quais se dizem desvalorizadas (FRAIMAN, 1991, p. 44).

Levando-se em conta a rotina das mulheres que hoje são idosas, percebe-se uma facilidade para adaptarem-se a novas realidades. Algumas razões aparecem destacadas: o exercício das tarefas diárias, ou mesmo o desempenho de atividades múltiplas (casa e trabalho), a própria necessidade de cuidar de si e dos outros, além de toda a parte mais intimista que cabe às mulheres, entre outros. Assim, configuram-se mais ativas na senescência, buscando espaços de interação, cumprindo papéis

distintos aos que executaram durante suas vidas, bem como a manutenção dos mesmos papéis.

No caso dos homens, o caminho é outro, da rua para o lar, do compromisso para o descompromisso, da atividade para a inatividade. Tendem, como destaca Negreiros (1999), a experimentar sentimentos de inutilidade e uma conseqüente diminuição de auto-estima.

Existem outros fatores a esse sentimento de inferioridade que passa a dominar os idosos do sexo masculino: “para os homens, ocorre a passagem de um mundo amplo e público para um mundo restrito e privado. À idéia de perdas de papéis sociais soma-se a ausência de uma vida sexual ativa” (DEBERT, 1999, p. 25).

As diferenças no envelhecimento são em parte geneticamente determinadas, mas também são substancialmente influenciadas pela nutrição, estilo de vida e ambiente. Fatores os quais são propícios para uma melhor sobrevida das mulheres. Os homens têm maior tendência a adotar procedimentos e atitudes de maior risco, como etilismo e tabagismo.

“Tanto homens quanto mulheres, na velhice mais avançada, preocupam-se com a decadência orgânica, a falta de força, a perda da memória, doença esta que acarreta dependência de outrem” (GOLDFARB, 1998, p. 57).

Segundo Bretãs (2003, p. 298), “o ser humano precisa se auto-conhecer, necessita saber avaliar as transformações que o seu corpo sofre e identificar os sinais expressos por ele”. Muitos são os que se dão conta de terem entrado no processo de envelhecimento quando há o nascimento dos netos, ou seja, quando tornam-se avós.

### 3.2 O CUIDADO E A FIGURA DA AVÓ CUIDADORA

O verbo cuidar, no idioma português, denota atenção, cautela, desvelo, zelo. Assume ainda características de sinônimo de palavras como imaginar, meditar, empregar atenção ou prevenir-se. Porém, representa mais que um momento de atenção. É, na realidade, uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (REMEN, 1993; WALDOW, 1998; BOFF, 1999).

“O cuidado é fundamento para qualquer interpretação do ser humano, o cuidado imprimiu sua marca registrada em cada porção, em cada dimensão e em cada dobra escondida do ser humano” (BOFF, 1999, p. 190).

O cuidado faz parte da vida, do crescimento, desde o dia em que se é concebido, até o dia em que se morre. De acordo com Heidegger (1994), se quisermos entender o ser humano e suas ações, faz-se necessário basearmo-nos no cuidado, pois seus valores, atitudes e comportamentos no cotidiano expressam constantemente a preocupação com o cuidado.

O desenvolvimento da pessoa depende, seja em que espaço ele ocorrer, de cuidados. No decorrer de sua existência, o ser humano desempenha o papel de cuidado (ou seja, está sob o cuidado de outrem) ou cumpre papel inverso, o de cuidador. No entanto, é sempre dependente deste cuidado.

“Ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e percorre toda a humanidade” (COSTENARO e LACERDA, 2001, p. 29).

O ato de cuidar e ser cuidado possui formas que diferem de acordo com as particularidades de cada pessoa com a qual se relaciona, com a origem de cada indivíduo. Relacionamento e cuidado estão ligados intimamente e, neles, um não vive sem o outro, e as relações se solidificam na medida em que se é cuidado e em que se cuida dos demais. Para Lenardt (1996), o cuidado exige diálogo e uma observação atenta, constante e efetiva para com os pacientes/familiares.

Às formas específicas de cuidado situam-se os diferentes modelos de cuidadores. Conforme Muraro, apud Mantovani et al. (1999, p. 554), “desde a mais remota antigüidade, as mulheres são curadoras populares, as parteiras, detém saber próprio, que lhes é transmitido de geração para geração”.

Verifica-se que as mulheres foram as primeiras cuidadoras e exerciam essa função no seio familiar nos papéis de mães, principalmente. Depois, é possível citar as avós, as governantas, as babás, as escravas e amas, as religiosas e outras mulheres que exerciam o papel de cuidadoras.

O cuidado é, por natureza, inseparável da condição feminina. As mulheres, devido a seu grau de comprometimento com o núcleo familiar e suas responsabilidades domésticas, tendem a ser o significante, fazendo a ligação entre os membros da família e os setores educacionais, médicos e sociais/comunitários (COSTENARO e LACERDA, 2001).

Alguns autores estabelecem os setores de cuidado. Entre estes, destacam-se Kleinman (1980), Leininger (1991) e Helman (1994).

Para Kleinman (1980), a família e a equipe de enfermagem consistem em sistemas culturais de cuidado. Tal premissa se apóia no modelo de sistema de cuidado à saúde como um sistema cultural, sendo este subdividido em setores: o profissional, o folclórico e o popular/familiar.

O autor cita o setor profissional constituído pela biomedicina, homeopatia, medicina chinesa, indiana; o folclórico ou tradicional é representado por especialistas em cura não-profissionais como benzedeiras e curandeiros, admitindo aí o uso de ervas e as cirurgias espirituais; o popular (ou familiar) é desempenhado por indivíduos próximos ao paciente, como familiares, vizinhos e amigos.

O campo familiar de cuidado é o mais amplo, pois envolve as crenças e atividades do indivíduo, da família, dos amigos e da comunidade (KLEINMAN, 1980). Existe a distinção entre o cuidar profissional e os demais tipos de cuidado, chamados genéricos e encontrados em todas as culturas, compreendendo formas naturais, folclóricas e caseiras. O cuidado profissional, conforme especifica a autora, é desempenhado pelos profissionais de saúde (LEININGER, 1991).

Para Helman (1994), os conceitos são semelhantes aos de Kleinman (1980). Apresenta três alternativas de assistência à saúde sobrepostas: a informal (autotratamento, automedicação); o popular (benzedeiras, curandeiras) e as alternativas profissionais (sistema médico oficial).

O setor popular está ligado a uma série de questões relacionadas ao aspecto cultural de formação de cada indivíduo. De acordo com Langdon (1994), a doença é

concebida como uma experiência construída sócio-culturalmente, como um conjunto de experiências associadas à rede de significados e à interação social.

O conceito de "popular" esconde sobre si uma diversidade sócio-cultural muito grande. Há diversidade de classes sociais, de origem racial, religiosa e étnica. Cada etnia, cada grupo social possui um sistema simbólico próprio, uma maneira particular de conceber o mundo, bem como um saber “não-oficial”, sistemas médicos e práticas terapêuticas (KREUTZ; MERIGHI; GUALDA, 2003).

Os setores estabelecidos pelos autores *op cit* compõe-se de pessoas responsáveis por esses cuidados, denominados como cuidadores. Alguns autores estabelecem distinções a respeito dos cuidadores, com denominações distintas. Conforme Santos (2003, p. 16):

existem várias definições de cuidadores, uma delas está relacionada com os vínculos a quem a pessoa dispensa os cuidados, sendo classificados como cuidadores formais – todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob a forma de prestação de serviços. Cuidadores informais são os familiares e demais atores do grupo doméstico, podendo-se incluir amigos, vizinhos, membros da igreja ou de grupos de voluntários.

Na classificação de Santos (2003), as avós representam as cuidadoras informais, pois fazem parte dos familiares das crianças.

Cuidadores secundários são representados por outros elementos que podem desempenhar o mesmo tipo de tarefa dos cuidadores primários, mas que não têm o mesmo grau de envolvimento e responsabilidade pelo cuidado. Os terciários são aquelas pessoas que auxiliam, esporadicamente ou quando solicitadas, no desenvolvimento de atividades instrumentais da vida diária mais relacionadas às tarefas especializadas (SILVERSTEIN E LITWAK, apud SANTOS, 2003, p. 17).

As avós, provavelmente, podem ser classificadas como cuidadoras primárias quando assumem o neto no caso de negligência ou abandono da mãe; como secundárias, quando prestam cuidado aos netos na ausência dos pais, freqüentemente, por motivos de trabalho, viagem, etc.; e como terciárias, nos casos em que são solicitadas para uma tarefa específica.

O processo de cuidar, prestados pelos cuidadores informais, é exposto por Alvarez (2001) na situação de cuidado da família aos idosos dependentes. Ao transpassar esse papel para a avó cuidadora do neto hospitalizado, podemos notar que muitos caminhos se repetem: *“tendo que cuidar, vivendo as implicações de ser cuidador e buscando apoio para cuidar”*.

A primeira representação conota uma situação de obrigação no cuidado em que a avó é designada a cuidar, em que a mulher se autodesigna a cuidar. A segunda representação está relacionada às implicações de ser cuidadora – por ser idosa, já ter vivido sua experiência, ter uma sobrecarga nessa função –, mas, por outro lado, pode ser para ela gratificante cuidar de seu neto. Na última representação, as avós estão na categoria: *“não tendo ajuda dos familiares para cuidar”*, assumindo sozinhas esse novo papel junto ao neto (ALVAREZ, 2001).

Segundo Glass Jr e Huneycutt, apud Lopes, Néri e Park (2005), as mudanças decorrentes de assumir a função parental na idade avançada são mais dramáticas que em outro momento da vida. Os idosos já não têm a mesma energia para cuidar de crianças, sendo usualmente mais vitimados por fragilidades físicas e de sua saúde. Há idosos que se ocupam do cuidado das crianças e de idosos fragilizados, sendo alvo de uma sobrecarga de tarefas e responsabilidades.

Como perdas mais relevantes decorrentes desta situação, é possível considerar as relativas aos objetivos e planos futuros esperados para a velhice, atividades de lazer e independência advinda da saída dos filhos de casa. A hospitalização das crianças exige atenção dos familiares como apontam Pinto, Ribeiro e Silva (2004, p. 450):

um dos pontos que chama a atenção na família em situação de hospitalização é a maneira como seus membros se envolvem no cuidados à criança, no sentido de se revezarem para garantir o acompanhamento da mesma e para o cuidado de outras crianças da família, além de compartilharem da angústia, preocupação e conquistas dessa situação.

As avós são os membros familiares mais próximos e freqüentes no auxílio ao cuidado dos netos. São, além de membros pertencentes à família, significantes importantes.

Nas avós cuidadoras existem características: a vida ativa que possuem, cada vez mais autônomas, com independência financeira, bom estado de saúde, abertas socialmente ao lazer, viagens, distrações, novas amizades, a luta pela vida. Diferente da visão que nos é passada pela sociedade do idoso: depreciativa, relacionando a velhice com improdutividade, isolamento, dependência e desvalorização social e traços estigmatizadores: feiúra, tristeza, antigo, o estágio final e a morte (LEITE, 2004, p. 02).

### 3.3 AS AVÓS CUIDADORAS

Há razões diversas, mas o fato é que, nos últimos anos, o número de pessoas que têm a oportunidade de conviver com suas avós e bisavós é crescente. O que talvez melhor explica essa realidade é o significativo aumento da expectativa de vida da população em razão da melhoria da qualidade de vida, como sugerem Lopes, Neri e Park (2005).

Evidenciam essa transformação Aratangy e Posternak (2005, p. 21), comparando-a com o passado:

até pouco tempo essa transmissão de informações se limitava ao contato entre pais e filhos: os avós não existiam. Quando a expectativa de vida girava em torno dos 40 anos, eram tão poucos os que chegavam a ter netos que nem fazia sentido cultivar esse vínculo. E essa situação não é muito remota: até meados do século XIX, só 3 % da população humana ultrapassava os 60 anos.

Como diz o ditado popular: “ser mulher-avó é ser mãe duas vezes”. Como destaca Leite (2004), a mulher, quando recebe a notícia de que será avó, traz presente a realidade da gravidez e da concepção de seu filho (ou filha) e, com isso, todos os desejos da maternidade renunciados na menopausa são satisfeitos, por meio do imaginário. Com o nascimento de seu neto, seja de sua filha ou nora, inicia-se a sua função de avó e o fortalecimento de elos entre os grupos, o que garante e sela a continuidade, não só dos pais, mas também das avós, perpetuando a história familiar.



Conforme autor *op cit* (2004, p.54):

colocar-se no lugar das filhas ou das noras no momento de receber a criança na família é para as avós, uma maneira encontrada para recuperar o papel de mãe. E, portanto, esse acontecimento é cheio de significado para ela como mulher-avó e vai direcioná-la em todo o relacionamento, não só com as netas, mas com a família como um todo, proporcionando ter cumprido todas as etapas da vida de uma mulher na sociedade e na família.

O nascimento do neto se traduz como um rito de passagem e de cuidado:

ao vivenciar o nascimento como um rito de passagem, as pessoas que estão nele envolvidas (principalmente as mulheres), desenvolvem ritos de cuidado, isto é, desenvolvem ações que são plenas de símbolos e significados que as auxiliam na reorganização para incorporar o novo (o recém-nascido e a nova mãe) e também, as auxiliam a expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais que precisam ser definidos ou redefinidos durante o processo do nascimento (MONTICELLI, 1997, p. 18-19).

Diz-se passagem porque os conhecimentos sobre os cuidados com o filho são passados de mãe para filha (ou nora). Estes conhecimentos, assimilados ao longo das gerações familiares, atestam os valores da família.

Com a mudança inaugurada pelo nascimento, a presença dos avós junto aos novos pais não apenas se modifica, mas também se intensifica, cabendo-lhes ensinar e auxiliar no desempenho das funções paternas. O nascimento de uma criança é um evento no qual a família está reunida. Destaca-se o papel da mãe, envolvida em atenções e necessitada de apoio, tanto do esposo como, principalmente, de sua própria mãe (a avó) (BARROS, 1987).

Conforme Dessen e Braz (2000, p. 222), “as mães apontam o suporte do marido/companheiro como o principal dentre os apoios recebidos e em segundo lugar, o de suas próprias mães.” Quando se trata do primeiro filho, a mãe tem necessidades maiores de atenção, uma vez que alimenta expectativas, dúvidas e a inexperiência. Neste momento, a ajuda de sua mãe, a avó, é ainda mais destacada, justamente por ser o primeiro suporte visível para a tarefa materna.

No entanto, esse suporte pode ser elemento básico para conflitos de gerações entre a avó e a mãe. “O choque das culturas familiares fica especialmente evidente com

o nascimento do primeiro filho, o qual, como descendente das duas linhagens, põe em xeque diferenças antes disfarçadas” (ATARANGY E POSTERNAK, 2005, p. 77). Tais conflitos surgem das diferenças entre a época da avó e a da mãe quando grávida, como especifica Monticelli (1997, p. 61):

diferente da época em que a gravidez, o parto e os cuidados posteriores com a mãe e a criança transcorriam em família, onde as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos humanos que constituíam seus vínculos e suportes sociais, hoje, estes mesmos fenômenos transcorrem em instituições hospitalares onde os vínculos passaram a ser meros contatos superficiais. Isso leva a um sentimento de solidão e de desamparo.

A mulher, ao tornar-se avó, cria e recria a sua função política na unidade familiar, assegurando o seu espaço na velhice, por meio da transmissão da experiência de vida, acompanha o(s) neto(s) no nascimento, na infância e na adolescência. Quando o(s) neto(s) nasce, as avós passam mais tempo com seus filhos, ensinando-os e auxiliando-os a exercer o papel de pais. A mudança do papel de mulher-mãe para mulher-avó a aproxima de duas situações: ser avó na maturidade, com uma filha adolescente-mãe, por exemplo, e ser avó na terceira idade.

A incidência é que os filhos das mães adolescentes fiquem sob a responsabilidade da avó. Quando deparamo-nos com a adolescente no papel de mãe, cabe, muitas vezes à avó auxiliar na criação da criança ou até mesmo assumi-lo como filho. A explicação para isso é o fato da menina que se tornou mãe estar passando por um período de confusão, contradições e incapacidade diante da responsabilidade de assumir um filho. Como coloca Takiuti (1997), estas adolescentes, que não são crianças e tampouco adultas, estão emaranhadas num turbilhão de transformações e é neste contexto abrupto que passam rapidamente da situação de filha para a de mãe, da de mulher ainda em formação para a de mulher-mãe.

O cotidiano dessas adolescentes muda por completo e afeta diretamente as realidades que viviam: escola, amigos, lugares que costumava freqüentar. Soma-se aí uma série de atividades novas. Passam a ser delas o sustento da criança e as necessidades de cuidado. Em inúmeros casos, abandonam o filho, cabendo às mães (avós) a responsabilidade dupla de cuidar de sua(s) filha(s) e de seu(s) neto(s).

Muitas dessas adolescentes passam a residir junto com as suas mães, como colocam Spieker e Bensley (1994) ao verificar que, morando com os avós do bebê, a mãe adolescente tem mais chance de se tornar competente para assumir a responsabilidade como pessoa adulta.

De acordo com Falcão e Salomão (2005, p. 210), “os avós que assumem a responsabilidade pelo cuidado infantil, os avós que ficam envergonhados com a gravidez, têm pouca confiança na maturidade e julgamento da adolescente, tornam-se tão restritivos e o desenvolvimento da adolescente como mãe é inibido”.

As avós que não aceitam exercer o seu papel, querem dar continuidade ao exercício do papel materno trazendo para junto de si um (a) neto (a), passando a desempenhar o estilo de mãe substituta (SANTOS e HAMÚ, 1998).

Em casos de desordem familiar, a avó assume o papel de mãe do neto. Pode-se considerar como desordem o despreparo de uma mãe adolescente, bem como filhos que são dependentes químicos, doença, prisão ou ainda morte dos mesmos. Como consequência, os avós assumem os netos de maneira indesejável, ou despreparada, acentuando a propensão ao estresse e desgaste. Refere-se a essa questão, Carson (2001, p. 178):

avós que assumiram a função de pais de um neto ficam muitas vezes frustrados e aborrecidos por ter sido privados de seu status de avô ou avó, embora se sintam aliviados por agora estarem no comando. As preocupações geradas pelos cuidados diários com as crianças esgotam a liberdade que as avós desfrutavam em geral. Avós que se encontram na função de mãe sentem uma gama de emoções que variam desde a frustração e a obrigação e das complexas emoções da própria situação quando refletem sobre as coisas a que devem renunciar na própria vida em favor das demandas da educação e criação dos netos. Isso prejudica o relacionamento entre os avós e pode gerar conflitos entre eles. Modifica as expectativas que tem para a vida. É claro que essas complicações estão combinadas à satisfação de estarem fazendo o melhor que podem pelos netos e à alegria que só as crianças sabem dar.

Os aspectos de dificuldades financeiras, estresse físico e emocional são queixas mencionadas pelas avós, mas também é indicada a existência de satisfação das avós pela oportunidade de prover benefícios às novas gerações (GOODMAN e SILVERSTEIN, 2002).

Contudo, existem situações nas quais avós assumem o cuidado do neto, acabam se condenando por considerarem que não souberam educar seus filhos, que são negligentes, irresponsáveis, imaturos. Em função dessa culpa, assumem seus netos dispostos a se redimirem. Essa situação é confirmada por Carson (2001, p. 179):

quando avós precisam assumir o papel de pai ou de mãe, acontece freqüentemente de sentirem uma sensação de fracasso por acreditarem que o fato de terem sido pais ou mães imperfeitos os torna responsáveis pelos problemas atuais. Dificuldades financeiras oprimem esses avós, porque a situação os força a reduzir o período de trabalho, ao mesmo tempo em que exige que aumentem sua já minguada renda de aposentadoria.

Ter avós como mentores ou tutores pode ser benéfico para as crianças, principalmente porque poderão usufruir uma sensação de pertencimento à sua família de origem, especialmente na ausência dos pais. Contudo, dificuldades emocionais para as crianças também podem resultar dessa situação. Para os avós não é diferente, havendo benefícios e dificuldades relacionadas a esse compromisso (LOPES; NERI e PARK, 2005).

Mesmo quando não esperada, desempenhar a função de avó cuidadora – seja assumindo o neto como filho, seja quando auxilia os pais durante a ausência destes – pode ser gratificante para muitas mulheres. Para os idosos diante da criança que transborda a vivacidade que lhe é própria, o velho sente-se preencher pelo desejo de viver. Essa proximidade pode ser vista com maior facilidade na relação entre avós e netos (LOPES; NERI e PARK, 2005).

Nessa inversão de papéis, as avós deixam de viver a experiência de serem “as avós” e, segundo Dellman-Jenkins et al., apud Lopes, Neri e Park (2005), as avós tiveram seus papéis expandidos, vivendo com os netos, obtendo a custódia legal dos mesmos, oferecendo cuidados diários, responsabilizando-se financeiramente por eles.

### 3.4 CULTURA E SIGNIFICADO

A maneira como o indivíduo vê e interpreta uma situação depende da cultura em que está estabelecido, de acordo com os ensinamentos que lhe foram passados

geração após geração. Para a avó, o significado de ser cuidadora de seu neto hospitalizado envolve um padrão cultural de vida, baseado em valores e crenças específicos.

De acordo com Salvador, apud Lenardt (1996, p. 11):

a palavra cultura é derivada do verbo *cólere*, exprime a idéia de cuidar, revolver a terra, fertilizando-a e semeando a boa semente para que produza mais e melhor. Mais tarde, em Cícero, recebeu sentido figurado de trato e aprimoramento do espírito. Neste caso, o verbo *cólere* vinha sempre acompanhado do termo *animus*: cultura *animi*. O homem que cultiva a natureza, cultiva também a própria natureza.

A cultura é vista como uma forma em que o homem estabelece o cultivo de sua natureza, como ele se molda. a cultura é pública, compartilhada; é expressa nas interações sociais em que os atores comunicam e negociam significados. É pública porque os atores pertencentes a essa comunidade sabem o significado de seus símbolos e trocam informações a respeito dos mesmos, uns com os outros, possibilitando o enriquecimento de sua história e demonstrando que a cultura depende da interação entre os indivíduos (LANGDON, 1994).

De acordo com Laplantine (2000, p. 120), “a cultura é o conjunto dos comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade dada, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem e transmitidas ao conjunto de seus membros”.

Assim adquirida, a cultura permite que as pessoas possam aprender com seus ancestrais maneiras de viver e atribuir valores a comportamentos, e a discriminar o que pode ou não pode ser adequado, de acordo com os parâmetros de cada comunidade. Isto é, as atitudes de cada indivíduo são consideradas símbolos com um significado diferente baseado na cultura em que a pessoa está inserida. Desta maneira confirma Schneider (1968), ao denominar a cultura como um sistema de símbolos e significados.

A cultura é um sistema entrelaçado de signos interpretáveis (o que eu chamaria símbolos, ignorando as utilizações provinciais), a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade (GEERTZ, 1989, p. 24).

A cultura não determina a formação dos indivíduos. Entretanto, o ser humano, por meio de suas atitudes e comportamentos, vai moldando esta cultura de acordo com seus interesses e valores. Em outras palavras, o sistema cultural está aberto a todos, cabe a cada um fazer parte desse complexo ou não: o ser humano cria a cultura e ela faz parte do modo de vida da comunidade. Para Eagleton (2003, p. 54), “a cultura é um complexo de valores, costumes, crenças e práticas que constituem o modo de vida de um grupo específico”.

É, a cultura, um conjunto de vários símbolos que determinam em que padrão cultural cada indivíduo se estabelece e acredita, dando sentido e motivo a sua existência. De acordo com Benedict, apud Laraia (1993, p. 69), “a cultura é como uma lente através da qual o homem vê o mundo. Homens de culturas diferentes usam lentes diversas”.

“Cultura é o modo de viver típico, o estilo de vida comum, o ser, o fazer e o agir de determinado grupo humano, desta ou daquela etnia” (VANNUCCHI, 1999, p. 26). A cultura é proposta como a maneira em que cada indivíduo vive sua história, de acordo com o ambiente em que situa-se, a auto-realização da pessoa em seu mundo. Para Geertz (1989, p. 228):

é por intermédio dos padrões culturais, amontoados ordenados de símbolos significativos, que o homem encontra sentido nos acontecimentos através dos quais ele vive. O estudo da cultura, a totalidade acumulada de tais padrões, é, portanto, o estudo da maquinaria que os indivíduos ou grupos de indivíduos empregam para orientar a si mesmos num mundo que de outra forma seria obscuro.

Os símbolos só possuem significados se estiverem associados, em ordem, para orientar as pessoas pertencentes a cada cultura. A seqüência lógica dos símbolos de uma comunidade para outra é a diferença que determina o padrão cultural de cada uma delas. Segundo Willians, apud Eagleton (2003), a cultura é um sistema signifiante através do qual uma ordem social é comunicada, reproduzida, experienciada e explorada.

(...) cultura denota um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida. Em toda a sociedade as pessoas usam sistemas complexos de significados para organizar seu comportamento, para atender a sua própria pessoa e os outros e para dar sentido ao mundo em que vivem. Esses sistemas de significados constituem sua cultura (GEERTZ, 1989, p. 66).

As crenças pessoais são embasadas em símbolos. Estes sempre existiram na humanidade, com pequenas mudanças e alterações e específicos para cada comunidade, mas oriundos de uma tradição histórica. É fundamentando-se neles que as pessoas seguirão suas vidas, pois no local em que o indivíduo nasce existem padrões diferentes de símbolos.

“Toda cultura depende de símbolos. É o exercício da faculdade de simbolização que cria a cultura e o uso de símbolos que torna possível a sua perpetuação” (WHITE, apud LARAIA, 1993, p. 56). Para que a cultura não se enfraqueça, é de extrema importância que os símbolos continuem vivos e atuantes na sociedade, não sejam esquecidos ou abandonados, evitando-se a abertura para novas crenças e valores e desconstruindo o sistema cultural daquela sociedade.

Símbolo é alguma coisa que se apresenta no lugar de outra e presentifica algo que está ausente. As formas simbólicas produzem novos sentidos, não se limitam às definições conceituais, mas concretizam-se em formas culturalmente definidas, e manifestam a potencialidade criadora do homem. Os simbolismos surgem tanto para representar quanto para interpretar a realidade, dando-lhe sentido pela presença do humano no mundo (CHAUÍ, 1995, p. 294).

Para Geertz (1989, p.33), “os símbolos emprestam valor e dão o teor das relações sociais e sentido às regras e normas que encadeiam o indivíduo à sua sociedade, sendo as lentes através das quais ele tem uma visão do mundo que o cerca.” Os símbolos são as maneiras de cada indivíduo visualizar um signo, baseado nos valores, sentidos de acordo com o que a sociedade designa.

A sociologia considera os símbolos como “criações sociais e enfatiza o caráter simbólico das relações interpessoais” (LURKER, 1997, p. 178). Já Charon (1999, p. 189) enfatiza que “tudo o que é cultural – valores, objetos, normas e verdades – é

simbólico. Toda a acumulação de conhecimentos passada de uma geração a outra depende da socialização por símbolos.”

Os símbolos dependem da forma como são socializados, como são transmitidos de pais para filhos, como cada comunidade o interpreta. Eles agem dando base para a formação de um grupo social. “Os símbolos não são apenas sinais de uma comunidade de cultura, eles próprios agem como formadores de comunidade, sobretudo no âmbito religioso e político” (...) (LURKER, 1997, p. 179).

Para Netto (1999, p. 58), “símbolo é um signo que se refere ao objeto denotado em virtude de uma associação de idéias produzida por uma convenção”. Assim, a avó é um signo e, em muitas sociedades, simboliza uma velhinha com cabelos brancos, usando óculos e numa cadeira de balanço. Ou seja, existe a convenção para a associação dessas idéias de como imaginamos o signo “avó”.

O simbolismo representado por um signo tem origem na definição que cada grupo social lhe transmite. Contudo, além desse olhar, é possível alcançá-lo mais profundamente, buscando seu conteúdo, sua forma e seu sentido em um âmbito cultural, abrindo novos olhares para a sua interpretação.

De acordo com Leibniz, apud Cassirer (2001, p. 31), “o signo não serve apenas para comunicar um conteúdo de pensamento dado e rematado, mas constitui, além disso, um instrumento, através do qual este próprio conteúdo se desenvolve e adquire a plenitude do seu sentido. O signo abre novos caminhos rumo ao desconhecido e não dado”.

A colocação acima é demonstrada por Netto (1999) ao expor o conceito de significação, o que aprofunda o entendimento do signo e atinge a plenitude do sentido:

o significado é o conceito ou imagem mental que vem na esteira de um significante, e significação é a efetiva união entre um certo significado e um certo significante. Se preferir, pode-se dizer que a questão do significado está no domínio da língua, e a da significação, no da fala. Em outras palavras, a significação de um signo é uma questão individual, localizada no tempo e no espaço, enquanto o significado depende apenas do sistema e, sob este aspecto, está antes e acima do ato individual (NETTO, 1999, p. 22-23).



Ao enfatizar a questão do conteúdo particular do signo, Cassirer (2001, p. 35) ressalta que “todos os símbolos, desde o princípio, comparecem com uma determinada pretensão de objetividade e valor. O valor dos signos não reside tanto naquilo que retêm do conteúdo particular, concreto e sensível, e de sua existência imediata, como naquilo que suprimem e deixam de levar em conta”. Essa maneira de visualizar o signo, segundo os autores, é o que denominamos de significado.

O intérprete é o responsável em traduzir o significado do signo, Netto (1999, p.72), sustenta que o “significado é o efeito direto realmente produzido no intérprete pelo signo; é aquilo que é concretamente experimentado em cada ato de interpretação, dependendo portanto do intérprete e da condição do ato e sendo diferente de outra interpretação”.

O significado depende da referência cultural que o indivíduo possui e, dessa forma, como intérprete, o signo possuirá um significado diferente. Dependendo de quem seja esse intérprete; essa interpretação advém das experiências, dos valores e das informações que são repassadas a respeito desse signo. Este nada seria se não existisse o homem para interpretá-lo, para transformá-lo em símbolo e dar a ele um significado.

Para Peirce (1977, p. 164), “o significado não é uma idéia que o símbolo evoca na mente, mas consequência da conduta que gera nos homens”. Contudo, existe diferenciação entre o significado e a significação: “o significado é fornecido pela intenção constante do signo; significação é que se pode dar por dominado o signo, isto é, a chegada ao nível mais profundo e mais elevado da existência do signo”. Coelho corrobora essa citação (1995, p. 71-72):

*significado* é o efeito direto realmente produzido no intérprete pelo signo; é aquilo que é concretamente experimentado em cada ato de interpretação, dependendo, portanto do intérprete e da condição do ato e sendo diferente de outra interpretação. [...] *Significação* é o efeito produzido pelo signo sobre o intérprete em condições que permitissem ao signo exercer seu efeito total, é o resultado interpretativo a que todo e qualquer interprete está destinado a chegar, se o signo receber a suficiente consideração.

Ao expor os conceitos de cultura, significados, símbolos e signos chego ao núcleo pertinente ao estudo desse trabalho, que é abordar qual é a significação de ser

avó cuidadora de seu neto hospitalizado, e com a pretensão de possibilitar que os intérpretes (as avós) alcancem um resultado interpretativo total do que é ser avó cuidadora de seu neto.

## 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Neste capítulo descrevo em linhas gerais o referencial metodológico da etnografia e da etnoenfermagem, a seguir foco no modelo de observação-participação-reflexão (OPR) estruturado por Leininger (1984; 1985; 1991) e no referencial analítico de Spradley (1979;1980).

### 4.1 A ETNOGRAFIA E A ETNOENFERMAGEM

De acordo com Vidich & Lynam, apud Ensel & Monticelli (2003, p. 194), “*‘ethos’* provém do grego e denota um povo, uma raça ou um grupo cultural. Quando combinado com *‘graphic’* o significado faz referência à disciplina conhecida como Antropologia Descritiva, o que equivale a dizer que é a ciência devotada a descrever as formas de viver das pessoas”.

A etnografia (ciência, método<sup>1</sup>) é oriunda da antropologia e tem como foco o estudo dos povos, de modo descritivo e interpretativo. “Cada dia mais os antropólogos têm refletido sobre os procedimentos de investigação que permitam penetrar na diversidade sociocultural”. (ECHEVARRÍA, 1997, p. 49).

A etnografia pode ser visualizada em sociedades simples e em sociedades complexas. De acordo com Laplantine (2000), a etnografia de sociedades simples teve como precursor Bronislaw Malinowski em 1922. Ele foi o primeiro pesquisador a viver com as populações que estudava e a recolher materiais de seus idiomas, procurou romper ao máximo os contatos com o mundo europeu, efetuou uma estadia de longa duração envolveu-se na cultura de seus hóspedes e esforçou-se para pensar em sua própria língua. O antropólogo deu início ao estudo de “povos primitivos”, vivia, alimentava-se, vestia-se, falava como ele, ou seja, o padrão cultural do grupo

---

<sup>1</sup> Segundo Atkinson e Hammersley apud Lenardt (2001, p.18), “a definição do termo etnografia é controverso, para alguns, ela se refere a um paradigma filosófico ao qual se compromete totalmente; para outros, designa um método utilizado como e quando for apropriado”. Os autores *op cit* colocam que como ciência ela tem como objetivo a compreensão do comportamento humano.

Para Segovia Herrera (1988), o método etnográfico tem a finalidade de desvendar a realidade através de uma perspectiva cultural.

pesquisado. A etnografia tenta aproximar-se o melhor possível do povo a ser pesquisado para a aprendizagem de seus costumes. O etnógrafo sente-se como um deles, participante e, dessa forma procura desvendar aspectos da cultura em observação.

Ao completar a definição das sociedades simples, Oliven (2002) argumenta que elas tiveram início na Grã-Bretanha com sociedades 'primitivas' e em países que não tinham colônias em sociedades indígenas, grupos rurais e camadas urbanas menos favorecidas da população. Posteriormente, houve uma transição e aperfeiçoamento para as sociedades complexas, com menor incidência de sociedades simples.

De acordo com *op cit* (2002), as sociedades complexas tiveram início com o progresso do mundo e o aprimoramento da Antropologia, o aparecimento de técnicas de pesquisa, como entrevistas abertas, observação participante. Contudo, o trabalho em sociedades complexas também traz exigências ao pesquisador, pois interpretar sua própria cultura considerada como questionável não é uma tarefa fácil. Oliven (2002, p. 11), considera então que é necessário "procurar ir à raiz dos fenômenos que estuda (...), perceber como a cultura reflete e medeia as contradições de uma sociedade complexa, procurando estudar a cultura como um fenômeno produzido pelos homens nas suas relações sociais".

O estudo de sociedades complexas abriu um novo enfoque à etnografia, permanecendo com o estudo de grupos indígenas, colônias e inicia a descoberta de novos grupos, habitantes de sociedades complexas, com características urbanas, industriais e tecnológicas.

De acordo com Leininger, apud Franco (1988, p. 10):

[...] "a etnografia pode ser definida como um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou os padrões específicos de uma cultura ou subcultura, para aprender seu modo de viver em seu ambiente natural. A pesquisa etnográfica, não se limita à identificação do conhecimento, mas busca a compreensão dos valores, atitudes e comportamentos de um grupo em estudo, como eles o concebem".

A etnografia estuda os povos mais profundamente, a nível interpretativo, busca o significado de suas atitudes. Para Geertz (1989), uma etnografia é uma descrição densa

que implica na busca da profundidade e da contextualização dos significados. A descrição etnográfica é interpretativa e o que ela interpreta é o fluxo social e a interpretação envolvida, consiste em tentar salvar o “dito” num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis.

A etnografia tem o foco centrado no significado e nas estruturas da vida, cujas manifestações são expressões de escolhas determinadas que o homem executa no intuito de organizar a vida, constituindo a cultura. Em suas escolhas, o homem é condicionado por suas características, pelo interagir com os outros indivíduos e com o ambiente, no qual se insere, tornando o produto etnográfico uma descrição densa dos dados, cabendo ao pesquisador a interpretação do significado das ações do grupo cultural (BERNARDI, 1974; GEERTZ, 1989).

De acordo com Lenardt (2001, p. 19-20), “a pesquisa etnográfica se preocupa com o significado, com a maneira própria com que as pessoas vêem a si mesmas, as suas experiências e o mundo que as cerca (...)”

Conforme cita Baztán (1995, p. 03): “(...) como resultado da ação etnográfica, estamos em condições de compreender a cultura como um ‘todo orgânico’ e de verificar como essa cultura é eficaz na resolução dos problemas da comunidade”. É uma das subcategorias da etnografia, em que existe um enfoque na comunidade, conhecer os símbolos do grupo. Uma outra subdivisão faz parte da etnografia focada em que Morse, apud Cury (2005, p. 34) sugere para descrever tópicos orientados e pequenos grupos.

A etnografia focada é exposta por vários autores como Geertz (1989), Baztán e (1997) Lenardt (2001), ao colocá-la não só como descritiva, mas com base de profunda investigação e compreensão, para entender o significado a respeito de um tema a ser pesquisado.

A abordagem da etnografia como método foi proposto por Spradley (1979, 1980) e utilizada por vários profissionais. De acordo com Ximenes et al. (1999, p.8), “consideramos como etnográfico o trabalho que evidencia os princípios que norteiam a pesquisa etnográfica, que refere autores que pesquisam com perspectiva do contexto cultural, no ambiente natural dos informantes, e que estabelece um intercâmbio de apreensão de conhecimentos”. O método etnográfico é uma forma de poder estudar um

grupo com apoio na ciência da etnografia, como o ser humano vive naquele meio, como é sua rotina e possibilita o conhecermos melhor, com enfoque em sua cultura.

O método etnográfico permite aproximar-se do fenômeno em sua totalidade, favorecendo a descoberta do modo de vida das pessoas e as experiências com sua visão de mundo, sentimentos, ritos, rituais, significados, atitudes, motivações, tabus, mitos, heróis, crenças, comportamentos e ações (LIMA, DUPAS, OLIVEIRA e KAKEHASHI, 1996). É um método que aproxima-se da cultura do povo e envolve-se totalmente a ela, possibilitando maior fidedignidade nos dados levantados.

Vários estudiosos em diversas áreas, como enfermagem, psicologia, educação, fonoaudiologia já desenvolveram estudos etnográficos. O início da aplicação do método de pesquisa etnográfica na enfermagem, segundo Ferreira (1998), foi com enfermeiros americanos graduados em antropologia, dentre os quais, RAGUCCI (1972), LEININGER (1978, 1985, 1991, 1997) e AAMODT (1982).

No Brasil várias autoras enfermeiras desenvolveram pesquisas na abordagem etnográfica, dentre elas destacam-se: Elsen (1984) estudou o comportamento de famílias de pescadores referente ao conceito de saúde e doença. A pesquisa etnográfica, realizada por Vásquez (1999), objetivou conhecer o significado da regulação da fecundidade para os (as) adolescentes de uma comunidade urbana marginal, a partir de seus valores, crenças e práticas no que se refere a ter ou não filhos. Boehs (2001) teve como objetivo compreender como se dá a interface do sistema de cuidado familiar e do sistema de cuidado profissional no ambiente hospitalar. Os estudos citados utilizaram a teoria de Leininger (1985) como alicerce para algumas etapas da pesquisa etnográfica.

O estudo desenvolvido por Lenardt (2001) teve como meta traçar a trajetória de internação hospitalar do doente cirúrgico. A abordagem etnográfica focalizou os eventos perpassados pela trajetória da pré-internação, internação e da alta hospitalar. Além dos doentes, foram atores do estudo a equipe de enfermagem, a equipe médica, estudantes de medicina, enfermagem (graduação, técnicos e auxiliares), nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, religiosas, funcionários administrativos e pessoal dos

serviços de apoio). A autora utilizou, para determinadas etapas da pesquisa etnográfica, o referencial metodológico de Spradley (1979; 1980).

No Rio Grande do Sul Schwartz (1998), realizou abordagem etnográfica junto às famílias teutogaúchas. Outra autora, Patrício (1995), apresenta a família, os adultos de forma geral, como responsáveis pelo processo de ser saudável da Criança-Adolescente; as situações de limite na vida como causadoras de outras limitações ou como propulsoras da busca de novas satisfações. Monticelli (2003) desenvolveu um estudo com objetivo de compreender as relações que se estabelecem entre trabalhadoras de enfermagem e famílias que vivenciam o período pós-parto em Unidade de Alojamento Conjunto, bem como identificar as perspectivas ou referências que estas trabalhadoras adotam, ao interagirem com as famílias que vivenciam o pós-parto, durante a hospitalização, com o propósito de compreender o universo cultural que tais relações permeiam.

Em 1993, Gualda desenvolveu estudo etnográfico da vivência do parto com o objetivo de explorar o cuidado, as crenças, os valores e o significado atribuído à experiência do parto a partir da perspectiva de um grupo de mulheres de comunidade de baixa renda. Outra etapa da maternidade foi foco de estudo por Frota (1998) ao estudar o cuidado das mães com o filho desnutrido, a fim de descrever o contexto cultural da mãe adolescente.

Os estudos de enfermeiros foram alicerçados na etnografia e adaptados para a Enfermagem e surgiram com Leininger (1991), ao utilizar os principais passos da ciência para estudar o cuidado em diferentes culturas. A autora criou método próprio, o qual denominou etnoenfermagem. O termo mini-etnografia é usado por Leininger (1991) para designar um estudo numa escala menor, focada nas questões de saúde, doença e cuidado. Porém, de acordo com Mücke (1994) a etnografia não consegue ser realizada pelos profissionais de saúde como o fazem os antropólogos devido à escassez de tempo e inúmeras atividades desses profissionais. Porquanto, para os estudos realizados por estes profissionais aponta o termo etnografia focada, que dispõe de tempo limitado para o estudo de um grupo, uma comunidade ou organização, os informantes são em menor número, normalmente aqueles que possuem mais

conhecimento e experiência sobre o problema a ser estudado (MÜECKLE, 1994). São etnografias que apresentam foco específico em uma temática.

A etnoenfermagem, conforme já mencionada, foi adotada por Leininger (1991), com o objetivo de explorar a perspectiva “emic”. Por “emic” entende-se o ponto de vista do nativo, a qual reflete experiências, crenças e linguagem de um grupo cultural a estudar (STREUBERT e CARPENTER, 1995). De um modo amplo pode-se dizer que a perspectiva *emic* refere-se à forma pela qual os próprios membros da cultura pesquisada percebem seu mundo; é a visão a partir de dentro, através da utilização de conceitos e linguagem próprios daquela cultura, enquanto a perspectiva *etic* refere-se à interpretação das experiências da cultura, a partir de fora (GUALDA, 1993; POLIT e HUNGLER, 1995).

A perspectiva “emic” traz a forma como os indivíduos pertencentes a um grupo cultural demonstram como é sua rotina diária, o porquê, quando e como tomam certas atitudes, o que os guia em sua vida, no que acreditam, como se comunicam. Diferente da perspectiva “etic” que traz uma visão de fora, oriunda de um pesquisador, que vê, ouve, observa e, baseando-se em seus princípios de formação retira suas conclusões, as quais podem ser errôneas a respeito do fato, pois não vive com aquele grupo.

De acordo com Leininger (1994, p. 171) “emic” e “etic” nos ajudam a compreender e refinar dados, (...) para descobrir e descrever o sistema de comportamento (de uma dada cultura) em seus próprios termos, identificando não somente a estrutura de unidades cognitivas das pessoas, mas também as classes estruturais as quais elas pertencem.

Com a etnoenfermagem o profissional pode descobrir e conhecer idéias eludidas e desconhecidas do cuidado humano, especialmente quando se trabalha com pessoas de diferentes culturas e com aspectos de abordagem difícil, tornando explícito o implícito em uma cultura (LEININGER, 1991).

Quando trabalhamos como cuidadoras, podemos vislumbrar fenômenos culturais antes desconhecidos por nós enfermeiras, pontos importantes para estabelecer ações que levem a uma qualidade de vida digna ao paciente, estabelecendo-se parâmetros importantes para guiar o tratamento. O propósito central da etnoenfermagem é o de



estabelecer um método amplo para estudar, documentar e analisar o ponto de vista local das crenças e práticas atuais ou potenciais do fenômeno do cuidado da enfermagem, das culturas ou grupos, para gerar conhecimento específico para a disciplina (LEININGER, 1991; 1995).

Particularmente, a etnoenfermagem ajuda a aprofundar as relações entre as enfermeiras e as pessoas, as famílias, os grupos e as comunidades com quem estes profissionais interagem. Neste sentido, os estudos antropológicos têm significado fundamental para obter a apreciação das diferenças que existem entre a cultura profissional e a cultura popular e para buscar a superação das incongruências (MONTICELLI, 2003, p. 73). Ao estabelecer um vínculo mais próximo com as famílias torna-se possível entender os cuidados culturais executados pelos membros.

De acordo com Elsen e Monticelli (2003, p. 196):

a etnoenfermagem mostra-se como um processo que emerge da prática e a ela retorna, com indicações, propósitos, pressupostos, fundamentação no conhecimento antropológico e em enfermagem transcultural, um fazer-pesquisar próprio, um campo específico e um texto próprio da disciplina de enfermagem que procura dar respostas à prática e às exigências das construções dos saberes profissionais.

A criação dessa adaptação da etnografia voltada para a enfermagem possibilita um estreito relacionamento com o trabalho de campo prático desenvolvido pelo profissional, com possibilidades, após a coleta de dados e término da pesquisa de estabelecer mudanças em seu trabalho, com embasamento nas descobertas levantadas.

Como cita Leininger (1991), este método de pesquisa centra-se nas pessoas, permite que essas compartilhem suas idéias de maneira mais natural e espontânea com o pesquisador. Este por sua vez capacita-se para comunicar e aceitar as pessoas de diferentes estilos de vida e tradições culturais. Como contrapartida, o pesquisador deve ser sensível e respeitador das idéias das pessoas e interpretá-las no seu contexto cultural. Existe um enriquecimento pessoal em dupla via, ao mesmo tempo que o participante cria maior vínculo com o pesquisador, numa conversa mais natural o pesquisador, ao respeitar a maneira cultural de pensar do entrevistado propicia uma coleta de dados mais rica.

De acordo com Romanelli (1998, p. 127), a pesquisa é a relação de troca e não o processo de “apropriação do outro, no qual este é alienado de si, pelo saber que cauciona o poder do pesquisador”. Para que esse momento ocorra e com sucesso o pesquisador deve passar por fases: de aproximação, observação participante e entrevista etnográfica. Na fase de aproximação é de extrema importância os dois primeiros momentos destacados por Oliveira (1996, p. 13) “o olhar, o ouvir e o escrever são os três momentos especialmente estratégicos do *métier* do antropólogo”.

De acordo com Geertz (1988), os atos cognitivos de olhar e ouvir são parte do “estar lá” (being there); ou seja, o antropólogo presente no cenário onde ocorre o fenômeno sócio-cultural e integram a observação participante necessária à compreensão do fenômeno sob estudo.

O olhar faz parte da observação que o etnógrafo desenvolve em sua pesquisa e quando olhamos para um objeto já o interpretamos ao mesmo tempo, por isso é necessário “domesticar o olhar”, tentar não influenciá-lo com os preceitos culturais que já temos a respeito do que visualizamos.

Associado ao olhar temos o ouvir, por meio do qual já caminhamos para um diálogo, no qual o etnógrafo ouve muito mais do que fala e estabelece uma interação com o pesquisado, nesse momento entramos na fase da entrevista etnográfica.

O escrever, segundo Geertz (1988), faz parte do “estando aqui” (being here), é a segunda etapa da pesquisa, em que, diante de seus papéis, o pesquisador tenta traduzir e descrever o que observou no olhar e ouvir. O escrever também está presente não só no momento em que o pesquisador está sozinho, mas no ambiente de pesquisa fazendo suas notas de campo.

Essas orientações antropológicas voltadas para a pesquisa etnográfica irão percorrer todo o trajeto desse estudo. Conforme Leininger, apud Monticelli (2003, p. 74):

em linhas gerais o método de pesquisa da etnoenfermagem enfatiza que é necessário desenvolver algumas técnicas que sejam não agressivas e não confrontativas; requer um modo genuinamente interessado de ouvir e de confirmar as idéias dos informantes; ser uma aprendiz humilde e aberta; tornar-se sensível ao ponto de vista *emic*, sem

descuidar-se do ponto de vista *etic*; manter a 'mente aberta' e suspender as crenças pessoais, as experiências profissionais e as experiências anteriores com pesquisas; ser capaz de tolerar conhecimentos ambíguos e incertos; aprender a valorizar e respeitar as visões de mundo e as experiências das pessoas, estejam elas doentes, saudáveis ou oprimidas; registrar tudo o que está sendo colocado pelos informantes, de maneira cuidadosa e consciente, observando os significados, as experiências e as interpretações que são atribuídas por eles, a fim de preservar suas idéias; manter o foco de interesse no 'contexto cultural', qualquer que seja o fenômeno sob estudo. Em suma, trata-se de uma metodologia centrada nas pessoas, que é fundamentada em dados do conhecimento e estilo de vida dos informantes, de modo confiável, autêntico e significativo.

#### 4.2 O MODELO DE OBSERVAÇÃO-PARTICIPAÇÃO-REFLEXÃO (OPR)

Segundo Minayo (1994), a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. A observação, de acordo com a proposta de Leininger (1991), inicia-se junto com o trabalho de campo, escutando e observando a maior parte do tempo, captando, em princípio, só a impressão geral da cultura estudada. Esta etapa possui percalços, pois o pesquisador, no início da aprendizagem possui insegurança em distinguir o momento de participar.

O observador participante chega ao campo de pesquisa com dois propósitos principais: engajar-se nas atividades da situação, sempre atento aos aspectos éticos e observar criteriosamente as atividades, as pessoas e os aspectos físicos da situação (SPRADLEY, 1980).

O observador participante, para Becker, apud Ferreira (1998), obtém os dados por meio de sua inserção e participação na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda. Afirma ainda que, ao realizar a observação participante, o observador mantém uma conversação com todos ou alguns participantes, nas situações com que se deparam normalmente, com a finalidade de descobrir interpretações que eles têm sobre os acontecimentos observados.

O papel de observador participante é crucial em uma pesquisa qualitativa, pois possibilita ao pesquisador investigar relações, atitudes, simbolismos, valores e crenças mostradas pelo pesquisado, facilitando uma visão diferenciada sobre o objetivo do estudo, com chances de descobertas que ficariam obscuras somente com o uso da

entrevista. De acordo com Spradley (1980), o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo afetado. Para Vásquez (1999, p. 54), “(...) essa interação pode ser obtida pela observação e pela entrevista”.

“A observação participante consiste em um processo caracterizado, por parte do investigador, como uma forma consciente e sistemática de compartilhar, em tudo que permitam as circunstâncias, as atividades de vida e os interesses e afetos de um grupo de pessoas” (ARGILAGA, 1995, p. 77). Durante esse processo o pesquisador está envolvido com o seu objetivo de estudo, interagindo diretamente com a situação, reconhece suas funções nesse momento com o fenômeno observado.

A observação participante é aquela na qual o observador participa de uma situação social de maneira consciente e com propósito determinado, isto é, percebe com detalhes a ocorrência e a maneira como ocorrem os fenômenos. Ele registra detalhadamente as observações objetivas acerca da situação social e também os sentimentos e pensamentos subjetivos (SPRADLEY, 1980). De acordo com Baztán (1995, p. 13), “o investigador mantém uma constante atenção para captar tudo o que se passa, por mais rotineiro que pareça. O exercício de observação requer aprendizagem e regras”.

“As observações são difíceis de fazer porque nossa capacidade de ver e recordar é limitada, fazemos observações apenas através de nossos sentidos e, portanto, nunca podemos ser absolutamente objetivos; tendemos a interpretar e avaliar o que vemos, ao invés de simplesmente relatá-lo” (BERLO, 1999, p. 237). Por isso, selecionei o que observei, anotei imediatamente e cuidarei com a forma de interpretar as observações, pois tendemos a possuir nossa visão de acordo com a formação cultural que temos sobre os fatos e isso pode desacreditar o estudo.

Segundo Argilaga (1997, p. 73), “a observação participante se caracteriza pela existência de um conhecimento prévio entre ambos e uma permissividade e ‘intercâmbio’ estabelecido (...) o observado pode dirigir-se ao observador e o observador dirige-se ao observado em uma posição de maior ‘cercania psicológica’,

quer com um nível baixo ou nulo de participação”. Esse conhecimento prévio é devido as observações realizadas, como o observado porta-se, quais são suas características, seus sentimentos, o que possibilita, na fase de participação maior facilidade na abordagem do ser pesquisado.

A observação participante é obtida por meio de contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista. O observador, nesse contato direto deve saber qual o seu grau de envolvimento com o observado para que não exista influência sobre o mesmo, ou até modificações no contexto (CHIZZOTTI, 1991). Ou seja, o contato direto deve existir desde a observação visual até a participação completa, mais em todas as fases em que perpassa a pesquisa o grau em que o pesquisador envolve-se deve ser limitado de acordo com os objetivos de seu estudo. Como complementa Echevarría (1997, p. 72), “(...) um dos critérios taxonômicos básicos para demarcar um estudo é o nível de participação entre observador e observado”.

O investigador deve manter a fidedignidade dos dados, atuando como um observador participante que conheça até que ponto pode envolver-se com a situação. Ele não deve interferir na veracidade dos dados, não os coletando superficialmente, o que pode ocorrer no início da pesquisa, enganando-se nos olhares devido à sua inexperiência no momento, ou durante e final da pesquisa, quando já possui tanta intimidade com os pesquisados que o que visualiza é interpretado de maneira peculiar com a relação que foi estabelecida com aquele observado, manipulando as informações, invadindo a espontaneidade de cada indivíduo.

O pesquisador deve ter claro em sua mente que seu objetivo não é julgar ou dar conselhos sobre as atitudes do pesquisado, mas interpretar o que observa, ouve e sente, mas sem alterar a opinião do outro. Para Argilaga (1995), a espontaneidade é importante na relação entre observador e sujeito observado, mas pode-se cair em uma situação que comprometa a vulnerabilidade do sujeito, para isso ele coloca limites de mínima e máxima carga participativa.

Existe necessidade que o pesquisador integre-se no grupo a ser pesquisado, com uma convivência mais intensa no meio, dirigir-se aos informantes. Para Ochoa e Delgado (1997, p.135), “informante é um membro bem situado na sociedade e com quem inicia primeiro e mantém depois uma relação do tipo pessoal durante o tempo que dure a investigação de campo”. É aquele com quem irá manter-se uma conversação, no objetivo de desvelar as questões levantadas, para que isso ocorra durante a observação participante, cada pesquisador deve criar artimanhas para poder ser um ideal etnógrafo, situação que, para Rubio (1995, p. 136), requer “paciência e diplomacia, astúcia, perspicácia, capacidade de abstração, globalização”.

A percepção para registrar informação simultânea sobre múltiplos fatores e vários níveis é importante, ou seja, saber visualizar ao mesmo tempo situações que são dados importantes para pesquisa e, que, se o pesquisador não for um observador astuto, pode deixar passar despercebidas. Visão holística, capacidade para captar o contexto de forma global. Maior amplitude de conhecimentos, quando o pesquisador torna-se um observador, ele é ao mesmo tempo um antropólogo, um psicólogo, um amigo, com a lente científica. Possibilidade de explorar respostas atípicas e idiossincráticas, as quais são difíceis de captar, porém de extrema relevância, incorporação do conhecimento tático, intuições, apreensões e sentimentos não-verbais (BAZTÁN, 1995).

De acordo com Berlo (1999, p. 243), “é infinito o número de possíveis percepções, de possíveis observações. Jamais podemos observar todas as coisas, ou tudo de uma coisa. Precisamos selecionar. A percepção deve ser coletiva para que possa ser relatada”.

O envolvimento com o pesquisado deve possuir limite ideal, para que o pesquisador não fique muito longe dos objetivos do estudo, com medo de interferir na intimidade do observado e, nem ao menos de passar essa linha limítrofe, invadindo o sujeito e comprometendo a veracidade dos dados. Para que isso não ocorra é necessário estabelecer um modelo de observação participante para os sujeitos interessados em trabalhar com essa fase metodológica. Autores como Spradley (1979; 1980) colocam modelos de observação participante utilizado na etnografia.

O modelo de Observação-Participação-Reflexão (OPR) diferencia-se da observação participante usado na antropologia convencional (LEININGER, 1991). Na antropologia convencional, de acordo com Argilaga (1995, p. 73), “a observação participante caracteriza-se pela existência de um conhecimento prévio entre observador e observado”. Ou seja, o observador tem idéia do que poderá encontrar no campo previamente, por meio de relatos de outros pesquisadores, mas ele não tem o contato direto com o ambiente a ser investigado.

No modelo de OPR o investigador dedica um tempo inicial à observação antes de participar ativamente no campo. Isso possibilita a absorção melhor da cultura a ser estudada e a análise do fenômeno por meio da reflexão (LEININGER, 1991).

Conforme Leininger (1985, p. 53), existem quatro fases na observação-participação-reflexão:

**1ª fase:** Inicia-se desde o momento em que se entra na cultura do pesquisado, escutando, observando, captando; o pesquisador obtém uma visão ampla da situação do ambiente, das atividades, dos atores, análise de documentos e outros, permitindo, assim, levantamentos de dados descritivos da cultura. Esta observação sem participação possibilita que as pessoas tenham tempo para observar o pesquisador a certa distância, acostumando-se com sua presença. Esta, de acordo com Leininger (1991), é uma etapa difícil pois o pesquisador que está se iniciando na aprendizagem da cultura e por isso sente-se inseguro em distinguir o momento de suas ações participativas.

**2ª fase:** a observação, como seu maior foco, continua, mas gradativamente, com o pesquisador iniciando a participação dentro do contexto, o pesquisador começa, então, a interagir com as pessoas, observando as respostas.

**3ª fase:** o pesquisador torna-se um participante ativo, aumenta sua participação, pois já terá conseguido maior familiaridade em relação ao contexto da cultura. A observação pode diminuir, uma vez que a participação ocupa grande parte do tempo, contudo, é importante manter a observação. É importante não perder a perspectiva de aprendiz que o pesquisador deve manter, continuar sua preocupação em sentir, experimentar e aprender.

**4ª fase:** é o momento de reflexão do que ocorreu.

A reflexão é uma parte integrante do método de etnoenfermagem e ajuda a considerar todos os aspectos conceituais da pesquisa antes de interpretar uma idéia ou experiência (LEININGER, 1991).

Após o processo de observação e participação cabe ao pesquisador analisar os objetivos de sua pesquisa e refletir qual foi a sua percepção diante do que foi pesquisado, tanto nas observações quanto nos momentos de participação.

O pesquisador “ao final do processo de observação participante, deve proceder a observação reflexiva, verificando o impacto que sua presença causou sobre as pessoas nos diversos momentos das atividades participativas” (VÁSQUEZ, 1999, p. 64).

Todo esse processo de observação-participação-reflexão requer prática, astúcia e experiência, de acordo com Monticelli (2003, p. 79), “o tipo e o grau de participação da pesquisadora, no empreendimento etnográfico, tem sido um desafio, visto que ela tem que identificar o momento adequado em que deve observar e quando participar”.

#### 4.3 O REFERENCIAL ANALÍTICO DE SPRADLEY

Na análise de dados não será aplicada a metodologia analítica de Leininger (1991), já utilizada por alguns autores como Monticelli (2003), abordei o método analítico de Spradley (1979; 1980).

As análises das observações participantes, das entrevistas e dos dados coletados são realizados com leituras rigorosas do material estudado com objetivo, primeiramente, de **levantar os domínios culturais**. Conforme Spradley (1980), domínio cultural refere-se a uma categoria de significado cultural que inclui outras categorias menores (termo coberto, termo incluído, relação semântica).

Segundo *op cit* (1980, p. 89), “termos cobertos são os nomes de todas as pequenas categorias dentro do domínio e termo incluído é o nome para um domínio cultural. As relações semânticas operam pelo princípio geral de inclusão”. A sua função é definir “termos incluídos” e situá-los dentro de um domínio cultural. Várias são as relações semânticas que podem se verificar, mas Spradley (1979, p. 110) dividiu-as em



dois tipos: “relações semânticas universais e as expressas pelo informante. As relações semânticas universais são estabelecidas de acordo com os dados coletados da entrevista”.

A próxima etapa, colocada por Spradley (1980, p. 132), é a **construção taxonômica**. “A taxonomia é um conjunto de categorias organizadas sobre a base de uma só relação semântica, que demonstra as relações de todos os termos incluídos no domínio”. A análise taxonômica indica a forma como os subconjuntos estão relacionados como um todo, mostrando os diferentes níveis que existem dentro de cada um, os dados são organizados segundo uma hierarquia. Segundo Gualda e Holga (1997, p. 417), “neste momento o pesquisador opta se ele analisa superficialmente os vários domínios ou faz uma análise profunda de alguns deles”.

A última fase corresponde a de elaboração de temas, de acordo com estabelecido por Spradley (1980), ao mais alto nível de abstração. Este processo requer uma síntese de pensamento que permita a configuração, análise e interpretação dos dados. A análise temática, segundo Spradley (1979), é a análise de descoberta dos temas culturais, que são princípios recorrentes que conectam alguns domínios, oferecendo uma visão holística da cena cultural. Segundo o autor, os temas são grandes unidades de pensamento, que consistem em um número de símbolos interligados dentro de relações de significados.

Poder articular todos esses fatores é uma tarefa complexa, analisar dados à luz da etnografia envolve grande dose de abstração e interpretação. Os padrões culturais e as evidências empíricas “devem ser descritas e o significado para as pessoas, nas diversas situações sociais deve ser interpretado” (GUALDA; MERIGHI e OLIVEIRA, 1995, p.303).

## 5 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresento a trajetória metodológica empreendida na pesquisa. Descrevo o tipo de estudo, o cenário, os informantes, o método de coleta, a análise dos dados e as questões éticas que regem a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo, foi desenvolvida a abordagem etnográfica alicerçada na etnoenfermagem proposta por Leininger (1991). Salientada a minietnografia ou etnografia focada.

De acordo com Leininger, apud FRANCO (1988, p. 09):

(...) a pesquisa qualitativa visa essencialmente, documentar e interpretar a totalidade do que está sendo estudado em um contexto particular, sob o ponto de vista das pessoas envolvidas, incluindo a identificação, estudo, análise objetiva e subjetiva dos dados, de modo a conhecer o mundo interno e externo das pessoas, através não apenas da ótica do pesquisador, mas, essencialmente, dos informantes como co-participantes das informações adquiridas dos conhecimentos produzidos.

A pesquisa qualitativa é um estudo amplo, subjetivo, estuda o modo de vida dos sujeitos, o seu pensar, agir, sentir, sem preocupar-se com variáveis, estabelecendo modos significativos de trabalhar com o objetivo da pesquisa, com enfoque no pensamento individual de cada ser pesquisado, valorizando sua cultura, sem tentar quantificá-la.

A etnografia é definida por Geertz (1989, p. 20), como a tentativa de descrição da cultura, “(...) uma descrição densa, um tipo de esforço intelectual, na tentativa de ler um manuscrito estranho, desbotado (...)”. Ela tem o intuito de interpretar o significado de um povo, o seu modo cultural de viver, suas experiências.

Quando enfocamos a etnoenfermagem estudamos “os significados” para as pessoas investigadas de determinado tema. Na visão de enfermeiras, são os pacientes,

profissionais da saúde, cada um em seu meio específico, de acordo com a especialidade abordada.

A etnoenfermagem trata-se do processo de descoberta heurístico sobre o que acontece numa determinada área da enfermagem, incluindo os significados e interpretações do que ocorre, de modo denso, em um determinado fenômeno atual ou potencial de enfermagem (REEB, 1992).

Existem dois tipos de etnografia, a minietnografia e a maxietnografia. A minietnografia é centrada em uma área específica de inquérito, cujo foco é estritamente limitado ou selecionado e atento ao modo de vida das pessoas em seu ambiente natural (Leininger, 1991). Conforme complementa Spradley (1980) a minietnografia trata-se de uma etnografia tópico-orientada, porque focaliza um aspecto de vida.

## 5.2 OS INFORMANTES

Os informantes são distinguidos em informantes-chave e informantes-gerais. Os informantes-chave são as pessoas que conhecem mais profundamente a cultura de interesse do pesquisador (LEININGER, 1991). Neste estudo, foram representantes as avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados. Os informantes gerais foram os membros da equipe de enfermagem, considerados como aqueles que têm um conhecimento geral da cultura estudada.

Para Leininger, apud Vásquez (1999, p. 61), “no método da etnoenfermagem, os informantes-chave são o foco de observação e entrevistas em profundidade, enquanto os informantes gerais são entrevistados basicamente para contrastar e verificar a informação que se adquire dos informantes-chave”.

Os membros da equipe de enfermagem (enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem) das unidades clínicas e cirúrgicas configuraram como informantes gerais e tiveram como principal atividade indicar a avó cuidadora acompanhante do neto hospitalizado.

Os funcionários das unidades participantes foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, muitos já com vasta experiência nas unidades,

especialmente os enfermeiros. São 58, ao todo, em diferentes áreas: supervisões noturnas, comissão de cateteres, comissão de curativos, educação continuada e suporte nutricional. Os auxiliares somam 577 funcionários e os técnicos de enfermagem 77 em todo o hospital.

Os critérios de inclusão como informantes-chave foram os seguintes: ser avó cuidadora que permanece junto ao neto (crianças de zero a dezoito anos) hospitalizado, nas especialidades clínicas ou cirúrgicas; acompanhar a criança nas unidades do SUS convênios ou particulares; ter idade superior ou igual a 60 (sessenta) anos; aceitar participar do estudo e permitir a gravação das entrevistas. Estabeleci como critério de exclusão da pesquisa as avós presentes somente durante o período de visita e aquelas acompanhantes que permaneciam nos cenários da terapia intensiva, devido à gravidade do estado de saúde das crianças; dos ambulatorios e da emergência, em função da alta rotatividade dos pacientes.

Os demais integrantes do hospital foram considerados como atores do cenário, para os quais eventualmente solicitei alguma informação sobre a situação observada. De acordo com Spradley (1979, p.32), “atores são as pessoas que fazem parte do cenário do estudo e que participam da pesquisa, de alguma forma, por meio da observação participante ou de respostas aos questionamentos etnográficos”. São eles: médicos, fisioterapeutas, escriturários, fonoaudiólogas, alunos de graduação, professores, voluntários, equipe da limpeza, equipe do lactário, a pessoa responsável pelo transporte de roupas, a equipe do serviço de atendimento ao cliente e familiares.

### 5.3 CENÁRIO DO ESTUDO

Segundo Spradley (1980), o local de pesquisa configura-se uma situação social na qual há atores e atividades que se localizam em diferentes cenas culturais. Neste estudo, a pesquisa foi realizada em um hospital infantil pediátrico de grande porte localizado na cidade de Curitiba - PR.

O hospital foi criado em 1922, passou por um período de crescimento desde sua fundação até hoje, com aumento dos leitos, especialidades e tecnologia de ponta. A

instituição é caracterizada por atendimento de pacientes do SUS (75,81% da clientela), o restante de convênios e particulares.

A instituição está associada a mais de 50 convênios. Entre eles: Unimed, Saúde Ideal, Copel, Correio, Eletrosul, Clinihauer, Gralha Azul, Amil, Sul América, Clinipam. O total de internamentos é, em média, de 20.000 crianças ao ano, e o total de atendimentos ambulatoriais é de cerca de 160.000 no mesmo período. Cerca de 70% dos pacientes internados são oriundos de outros estados.

A instituição tem valorizado a participação da família durante a hospitalização da criança. Em 1991 foi implementado o Programa Família Participante. Em 1998, este programa foi levado à UTI pediátrica do hospital e, em 2000, às UTIs cardíaca e Neonatal. A permanência da família reduziu o tempo de internamento de 12 dias (1990) para 5,02 dias (2000) segundo dados coletados pela instituição.

A extensão do programa Família Participante, o Família Feliz, implantado em 1999, levou para a instituição os irmãos e parentes dos internados, proporcionando a participação de toda a família na recuperação da criança.

O Programa Família Ativa visa orientar os familiares a prestar cuidados de saúde à criança, levando-os a um maior envolvimento com o processo terapêutico e preparando-os para a continuidade do atendimento em casa. Nele, os familiares aprendem sobre procedimentos de alimentação oral e via sonda, verificação da temperatura, higiene, medicações e coleta de exames. O trabalho é feito sob supervisão do Serviço de Enfermagem e constitui importante ação no sentido de educar os familiares para o atendimento da criança.

Além desses programas, existem outros, tais como: Comissão de Maus Tratos à Criança; Centro de Educação Infantil; Educação em Saúde; Voluntariado; Atenção ao Paciente Crônico Terminal; Pedagogia Hospitalar e Aleitamento. A instituição também conta com uma casa de apoio, com o objetivo de fornecer estada à criança em tratamento e seu acompanhante, em caso de necessidade.

Formam o complexo hospitalar três edifícios principais interligados e dois edifícios anexos (serviços de diagnóstico), ocupando uma área construída de 16.395

m<sup>2</sup>. Atualmente, são 345 leitos de internação, sendo 22 de UTI Pediátrica, 16 de UTI Neonatal e 16 de UTI Cardíaca.

As especialidades existentes na instituição são: ortopedia, cirurgia pediátrica, cardiologia, gastroenterologia, hemato-oncologia, neurologia, urologia, cirurgia cardíaca, oftalmologia, endocrinologia, anestesiologia, infectologia, pneumologia, reumatologia, terapia intensiva, otorrinolaringologia. Fazem parte da equipe de saúde do hospital profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, religiosos da pastoral hospitalar, funcionários da administração e pessoal dos serviços de apoio, tais como copa, laboratório, centro de imagem, lactário, manutenção, internamento e voluntários.

Fazem parte do complexo hospitalar um instituto de ensino superior, o qual oferece à sociedade cursos de graduação, pós-graduação e atividades de extensão e pesquisa, com privilégio às diferentes especialidades nas áreas de saúde, social e humanas.

As unidades específicas (cenários), nas quais foi realizado o estudo, receberam denominação por números fictícios: posto 1, posto 2, posto 4, posto 7, posto 9, posto 10, posto 11, posto 12.

#### 5.4 A ABORDAGEM INICIAL DO CENÁRIO E DOS INFORMANTES

Iniciei o trabalho com as providências exigidas para entrar no cenário como pesquisadora, contatei a Diretora Geral de Enfermagem da instituição, a qual demonstrou interesse pelo estudo; relatou-me sobre o funcionamento do Comitê de Ética do Hospital, seus membros e dias de reuniões. Após a primeira avaliação do Comitê e modificações necessárias no projeto novamente recorri à enfermeira para que, junto a mim, tivesse um encontro com o responsável para o esclarecimento dos itens a serem alterados. Após a aprovação iniciei a primeira fase de OPR proposta por Leininger (1991), a observação e escutar ativo.

A observação e o olhar ativo tiveram início desde a entrada no campo de pesquisa e durante todos os momentos em que estive presente no cenário do estudo.

Procurei registrar as observações e impressões a respeito do ambiente e dos informantes. Necessitei de tempo e esta fase transpassou às propostas de Leininger (1991), na observação-participação-reflexão (OPR), com o objetivo de investigar o significado das avós idosas cuidadoras no período de hospitalização do neto.

Realizei a observação do cenário por meio de características físicas; rotatividade das vagas; observações gerais dos pacientes, anotei as idades, patologias, gravidade dos diagnósticos, números de leitos ocupados; escala da equipe, funcionários atuantes nos cenários. Juntamente observei os acompanhantes das crianças, realizei registros da faixa etária (possibilidade de ser avó), tempo de permanência dos mesmos e rodízio com outros familiares. Pouco a pouco fui aproximando-me do cenário e dos informantes.

Ao realizar a investigação em diversos cenários tive que observá-los atentamente e percebi que existiam diferenças entre os mesmos, as crianças estavam dispostas em clínicos ou cirúrgicos e de acordo com a especialidade (neurologia, pneumologia, ortopedia, nefrologia, cardiologia), a idade (de zero a dezoito anos) e de acordo com o atendimento (SUS, convênios ou particulares). A gravidade do estado de saúde das crianças dispersava-se desde àquelas em pré-alta até as consideradas “crônicas” (com paralisia cerebral, síndromes), as quais tinham registros de várias internações.

Conforme Leininger (1991), minhas observações iniciais deram origem com a fase de aproximação. Esta fase na pesquisa etnográfica é de extrema importância para o estabelecimento de interação com os informantes-gerais e os informantes-chave. De acordo com Lenardt (2001, p. 20), “o pesquisador na etnografia aproxima-se das pessoas, situações, locais, eventos mantendo com eles contato direto e prolongado. Nesse contato não há pretensão de mudar o ambiente; os eventos, as pessoas, as situações são observadas em sua manifestação natural, é um estudo do fenômeno no seu acontecer natural”. Busquei observar o ambiente e os informantes, mas sem criticar, julgar ou estabelecer mudanças no que visualizava.

Na abordagem dos informantes-gerais, membros da equipe de enfermagem (enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem), pertencentes às unidades clínicas

e cirúrgicas, dirigia-me diretamente ao responsável pela unidade naquele momento, que freqüentemente uma enfermeira ou técnico de enfermagem. Evitava entrar diretamente nas enfermarias e aproximar-me das acompanhantes, mesmo aquelas que aparentavam ser avós; esperava pela determinação dos informantes-gerais. Para estes, apresentava-me como enfermeira, informava meus objetivos no estudo e procurava responder com interesse as questões formuladas. Os informantes se apresentaram bastante gentis, sempre recebi as indicações adequadas, quando não tinham a informação que procurava, eles mesmos questionavam os outros colegas. Nos momentos em que não havia nenhuma informante-chave, indicavam-me os melhores horários para encontrá-las e a possibilidade de internamentos futuros de pacientes em que a avó seria a responsável.

Ao encontrar os informantes-chave, as avós, seguia os caminhos da primeira fase da OPR proposta por Leininger (1991), a visão ampla da situação, o que exigiu maior permanência no cenário. A visão ampla da situação ocorreu por meio da visualização do acompanhamento dessas mulheres com as crianças, quanto tempo permaneciam junto, quem dividia o cuidado com o paciente, como cuidavam da criança, a diferença em cuidar de recém-nascidos ou escolares, adolescentes.

Posteriormente, abordei as avós com o intuito de desenvolver aproximação e verificar as possibilidades de serem incluídas na pesquisa. Iniciei a participação com reduzidos diálogos junto a avó. Confirmei sua idade, o que era primordial para dar continuidade ao estudo e desenvolver participação ativa com ela. Convidei-a para conversa individual e para reforçar as informações referentes aos princípios éticos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apêndice 2), conforme indicado na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde; por último, dei início às entrevistas.

## 5.5 A COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta das informações foi realizada por meio do modelo de observação-participação-reflexão (OPR) proposto por Leininger (1991) e da entrevista etnográfica



(Spradley, 1979; 1980). As informações foram coletadas das avós com idade igual ou superior a sessenta anos durante a hospitalização do neto, no período de 01 de agosto a 31 de outubro de 2006. O tamanho da amostra foi de vinte avós, obtido aplicando o critério de saturação teórica proposto por Vásquez (1999, p. 54), “através do qual novos informantes são buscados até que deixem de aparecer novos conceitos”. De acordo com Leininger (1991), a saturação é alcançada quando há redundância na informação, na qual o investigador obtém a mesma informação ou similar e os informantes nada acrescentam de diferente ao já dito anteriormente. As avós foram identificadas com nomes aleatórios de mulheres, diferente dos seus e cada entrevista foi complementada com a data em que foi realizada.

As fases da OPR serão descritas na seqüência:

**1ª fase - observação e escutar ativo:** com visão ampla da situação, observando, ouvindo. Realizei observação do cenário, dos pacientes, dos informantes (chaves e gerais) e atores de diversas cenas.

Na observação do cenário foram focos a estrutura física das enfermarias, quartos, posto de enfermagem e unidades interrelacionadas. Realizei uma visão ampla dos diversos setores selecionados, notei a estrutura física de um modo geral, a disposição em enfermarias no SUS; suítes, quartos individuais e duplos nos postos conveniados ou particulares. Observei os prontuários das crianças para familiarizar-me com as patologias mais recorrentes, as medicações utilizadas, riscos dos pacientes, anamnese, exame físico.

Ainda observei os comportamentos apresentados pelos pacientes, centralizado nas acompanhantes avós. Atentei para os comportamentos verbais e não-verbais. Percebi que sempre eram a mãe, a avó ou o pai junto à criança, raramente um tio (a). Notei o relacionamento que tinham com a criança, com os outros acompanhantes e com a equipe, como os acompanhantes prestavam os cuidados com a criança. As suas vestimentas, as suas rotinas, como horários de banho, de refeições e tempo de permanência no local. Nessa fase tentava transmitir, em presença, que eu era participante daquele ambiente, fazendo-as notar que aí eu estava.

Iniciei a observação dos funcionários de enfermagem, o número em cada turno, o índice de homens e mulheres, a faixa etária média, o tempo de permanência na instituição diariamente, o tempo de trabalho no hospital, o vínculo um com o outro, o funcionamento da escala da equipe, folgas, faltas, banco de horas, férias. Fiquei atenta à personalidade de cada membro da equipe em quem poderia estabelecer um vínculo seguro para que fosse a informante-geral. Observei como desenvolviam o processo de trabalho, o atendimento prestado à criança e à família, os comentários gerados com outras colegas a respeito de atitudes da acompanhante, fiquei sempre junto, atenta, ouvindo. Durante essa fase realizei todas as anotações observadas, as quais transcrevi logo ao chegar em casa. Verifiquei, de um modo geral, a movimentação rotineira e cotidiana dos setores envolvidos.

De acordo com Leininger (1991), é uma etapa difícil, pois o pesquisador novato na aprendizagem da cultura sente-se inseguro em distinguir o momento de suas ações participativas. Realmente, é difícil, mas para mim, consegui diferenciar bem essa etapa inicial na pesquisa.

**2ª fase - observação com limitada participação:** o processo de observação continua, com início de participação, quando o pesquisador começa a interagir com as pessoas e observar respostas. É a fase de decisão dos informantes-gerais e informantes-chave. Continuei a observar, mas com enfoque mais aguçado nos informantes. Observei também quem seria o provável informante-geral para indicar-me a avó. Nesse momento iniciei um trabalho de apresentação às equipes a respeito do meu estudo, o título, os objetivos e demonstrei em que eles poderiam auxiliar-me. Voltei minha atenção naquele profissional que sentia mais empatia, freqüentemente a enfermeira, a qual nem sempre podia contar devido aos envolvimento em inúmeras tarefas e por não permanecer no setor as vinte e quatro horas do dia. O técnico de enfermagem foi o informante que se apresentou mais adequado por visualizar todos os pacientes da unidade, conhecer a equipe e as histórias a respeito dos acompanhantes. Acompanhei os funcionários no refeitório no horário do café para integrar-me melhor ao grupo, local onde percebi que também era utilizado pelos familiares, enfoquei os olhares nas possíveis avós e ouvi os comentários da equipe a respeito dos

acompanhantes. Participei das trocas de plantões, dos procedimentos realizados pela equipe.

Posteriormente solicitei a indicação das enfermarias onde poderia encontrar avós acompanhantes. Neste momento o informante-geral dirigia-me até o quarto ou enfermaria. Com um contato inicial, interessei-me pela criança, usei táticas sociais de cumprimentar, sorrir, apresentar-me, perguntar sobre o estado de saúde do neto, conversar com as crianças maiores, agradá-las. Coletei dados iniciais, se era avó materna ou paterna, bem como a sua idade, observei dentre as avós, aquelas que iriam ser os informantes em potencial e definitivos.

**3ª fase - participação com observação continuada:** Aumentei minha participação (com observação de forma seletiva), pois consegui maior familiaridade em relação ao contexto da cultura. Coloquei-me na perspectiva de aprendiz. Nesta fase fiquei mais próxima das avós durante sua permanência no cenário, o objetivo foi estar aprendendo com elas o aspecto cultural de cuidado prestado aos netos. Procurei estar consciente de meu papel como pesquisadora, apesar de também estar atuando como enfermeira. Atendi a criança quando necessário e em situações solicitadas por elas, acompanhantes ou outro profissional.

Utilizei, nesse momento dois elementos do cuidado técnico estabelecido por Lenardt (2001, p. 35), a competência técnico-científica e a competência sócio-afetiva:

a competência técnico-científica transportou os elementos necessários para desenvolver e instrumentalizar a atividade técnica do fazer/cuidar, como destreza manual, postura, início-sequência-fim, criatividade e conhecimento científico. Os elementos considerados de competência sócio-afetiva foram os comportamentos de respeito, alegria, atenção e carinho para com todos (...)

Atuei como responsável por atividades técnicas no cuidado ao paciente, atendendo-o na presença da avó, orientando-a dos procedimentos realizados com o neto, sempre associando elementos sócio-afetivos. Tranquilei-as a respeito do que iria ser realizado, quais os objetivos de minhas atitudes.

Nas situações de emergência a criança era atendida, mas solicitava que a avó aguardasse no corredor até que seria possível sua presença, ouvia com prontidão e

prontamente atendia, muitas vezes saindo bastante emocionada, com os olhos cheios de lágrimas. Logo que possível chamava-a a entrar novamente e o médico explicava o acontecido e eu complementava as orientações.

Nesta fase dei início, junto às observações, às entrevistas bem como a permanência maior com a acompanhante e a criança. A entrevista etnográfica foi a estratégia dominante para a coleta de informações, como cita Vásquez (1999, p. 65), “na pesquisa qualitativa de caráter etnográfico a entrevista etnográfica é um instrumento técnico que tem grande sintonia epistemológica com esse enfoque e também com sua teoria metodológica”. Em todos os momentos da entrevista persegui a seguinte questão norteadora: “qual o significado de ser avó idosa cuidadora do neto durante a hospitalização”?

Com o intuito de desvendar esse questionamento elaborei um guia de entrevista etnográfica (apêndice 1), com possibilidade de levantar dados a respeito do perfil da avó e alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Após a criação do instrumento apliquei uma entrevista-piloto, que teve a finalidade de testar a adequabilidade dos questionamentos aos objetivos propostos pelo estudo e avaliar a possibilidade de mudança no direcionamento das perguntas. Por meio dessa aplicação piloto pude incrementar o roteiro de entrevista.

O roteiro de entrevista foi guiado por Spradley (1979; 1980), ao identificar três tipos de questões para a entrevista etnográfica: descritivas, estruturais e contraste. As questões descritivas complementam e expandem os dados descritivos, à medida que descobrem a organização semântica da cultura; as questões estruturais possibilitam compreender o que as pessoas sabem sobre o tema e como elas organizam o que sabem, essas foram orientadas em como, onde, quando e por que as avós cuidam dos netos; as questões contrastes permitem perceber as diferenças na forma como o informante descreve os significados e como os significados diferem uns dos outros. As questões contraste proposta por Spradley (1979, p. 155) relacionam os vários termos culturais, possibilitando comparar e apresentar as diferenças na forma como os informantes descreviam o significado de ser avó cuidadora. As perguntas descritivas,

estruturais e de contraste apareceram após a aplicação da entrevista-piloto, conforme a resposta da avó aos questionamentos

O roteiro etnográfico de entrevistas foi composto por perguntas abertas, o que permitiu aos entrevistados maior abertura e liberdade nas respostas. A característica dessa entrevista é a liberdade para o entrevistado em responder as questões, por meio de estímulo na conversação, procurando estabelecer a relação entre as palavras da avó e os objetivos da pesquisa, deixando que ela própria conduza a entrevista, conforme Trentini e Paim (2004, p. 78):

na entrevista aberta, o pesquisador procura interagir com o entrevistado sem intencionalidade pré-estabelecida. Essa modalidade é assaz utilizada nas pesquisas antropológicas, nas quais o pesquisador objetiva conhecer a cultura de determinados grupos sociais. O pesquisador apenas estimula a conversação e, a partir da fala do entrevistado, o pesquisador formulará outras perguntas. Nessa modalidade, o entrevistador ouve muito e fala pouco; quem conduz a entrevista é o próprio entrevistado.

Por meio da entrevista aberta pude expandir os dados coletados, aparecendo informações importantes que complementaram a pesquisa, as respostas dos entrevistados e o roteiro da entrevista guiaram o diálogo. Preocupei-me em sentir, experimentar e aprender com as avós e também captar informações por meio da linguagem não-verbal. É importante manter-se como ouvinte, aprendiz, com uma mente receptiva e sensível; deixar que o (a) entrevistado (a) fale livremente e evitar interromper o curso de pensamento do entrevistado. Ouvir com atenção o que a avó relata, aprender com suas palavras, com sua experiência de vida e não me impor como “a enfermeira” que deve orientar, já com pensamentos críticos sobre o que a entrevistada relata.

As entrevistas foram iniciadas por meio de conversas informais, descontraídas, com a avó, com relatos principalmente voltados à criança e familiares, mostrando o meu interesse na situação. Entretanto, estiveram relacionadas aos temas de estudo. Posteriormente, foram efetivadas em um ambiente restrito, para zelar pela privacidade da informante e distanciar-me das solicitações pelos funcionários na realização de procedimentos e (ou) resolução de problemas da unidade, o que dificultaria o

andamento da entrevista. Realizei os encontros no final da tarde e início da noite, em razão do menor número de procedimentos nesses horários. Utilizei a sala de prescrição médica, próxima ao meu setor de trabalho e local em que conhecia melhor os médicos para solicitar o uso da mesma. Convidei a avó a participar do estudo, expliquei minuciosamente os objetivos da pesquisa e o seu interesse em poder contribuir. Este convite exigiu um momento especial, ocorreu longe do horário de visitas médicas, familiares e refeições. Dei a possibilidade para a avó em pensar sobre o desejo em participar e para aquelas que ficavam na dúvida, a liberdade em recusar, o que só ocorreu com uma das avós. Frequentemente elas tinham desejo em participar, mas não queriam deixar o neto sozinho, nesses casos, se possível, sugeri levar a criança junto comigo e a avó no local reservado para a entrevista.

Para Trentini e Paim (1999), a entrevista mais apropriada é aquela conduzida em contatos repetidos ao longo de determinado tempo. Após o término de cada entrevista desenvolvi questionamentos concomitantes às observações e, posteriormente, retornávamos ao ambiente restrito para novas questões. Esse contato era importante porque observava as avós durante o processo (OPR), realizava as entrevistas e continuava a observação até o momento da criança receber alta. A observação, após conhecer, por meio da entrevista, a interpretação das avós sobre o significado de ser avó cuidadora facilitava o esclarecimento de várias questões e prosperava a densidade dos dados coletados.

Durante as entrevistas continuei ainda com a observação, fazendo anotações em minha caderneta, visualizava a ansiedade da avó em estar com o neto doente, demonstrado por lágrimas nos olhos, segurar firme no avental de acompanhante, a dificuldade de olhar-me nos olhos, a inquietação na cadeira. Mas ao mesmo tempo haviam aquelas mais calmas, com olhares de tranquilidade, segurança, sentiam-se à vontade, confiavam no ambiente.

Durante a fase de entrevista realizei, indiretamente, orientações às avós das crianças observando os relatos dos cuidados prestados às crianças, ação essa solicitada pelo Comitê de Ética em sua primeira avaliação. Como tratavam-se de crianças de todas as idades e diversas especialidades foi possível abranger uma gama

de recomendações importantes para tornar mais eficaz ainda o cuidado com elas, evitando a recorrência de novos internamentos.

**4ª fase - reflexão:** No final do processo parti para a observação reflexiva, ao verificar o impacto de minha presença sobre as pessoas nos diversos momentos das atividades participativas, nessa fase continuei observando, participando e comecei a refletir. De acordo com Leininger (1991) a reflexão é uma parte integrante do método de etnoenfermagem e ajuda a considerar todos os aspectos conceituais da pesquisa antes de interpretar uma idéia ou experiência. Apesar das etapas do modelo OPR tenham sido descritas separadamente, na prática, essas fases ocorreram de modo dinâmico e em complementação uma às outras.

## 5.6 O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS

Uma das formas de registro das informações foi por meio das notas de campo, durante as fases de OPR, apontadas numa caderneta que tinha sempre comigo, para que, nos momentos distantes da avó, pudesse transcrever as informações, sem perder a veracidade do observado e do que foi respondido.

Conforme Schatzman, apud Lenardt et al. (2005), as notas de campo devem ser revisadas periodicamente com o objetivo de completá-las e para reorientar a observação e a investigação. Para o autor, as notas no diário de campo são denominadas, notas de observação (NO), notas teóricas (NT), notas metodológicas (NM) e acrescento as notas de motivação proposta por Boehs (2001, p.57), em que anotei em cada observação os sentimentos que em mim culminaram. As notas de observação são sentenças relacionadas a eventos experienciados principalmente pela observação e audição, que contêm um mínimo de interpretação possível. A nota teórica representa consciência própria, tentativa para extrair significado de uma nota de observação. Uma nota metodológica consiste principalmente de lembranças e instruções para o próprio pesquisador e reflete um ato operacional. Dividi as NO, NT e NM em uma tabela com três colunas, associando-as, no final da tabela expunha as

notas metodológicas, relacionei-as com as demais ou somente coloquei-as como orientações operacionais.

As entrevistas foram registradas em forma de gravações em fita-cassete após consulta com a avó da possibilidade de serem assim registradas suas falas. De acordo com Vásquez (1999, p. 66) “a gravação capta todo o valor da fala, a gíria, os matizes de expressão, os vacilos, as dúvidas, o riso, as lágrimas”. E em cada momento que ouvia a entrevista vinha em minha mente a expressão da avó, seu olhar, seu semblante, em cada frase lembrei-me de cada uma em especial.

## 5.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações foram analisadas concomitante à coleta de informações, de acordo com o método etnográfico de Spradley (1980), o qual refere que a análise das informações se faz desde o momento em que se começa a coleta.

Os dados do estudo também foram analisados conforme indica Spradley (1979 e 1980). O autor sugere doze etapas para estabelecer uma pesquisa etnográfica, utilizei as etapas de análise dos domínios, análise taxonômica e análise temática. Não realizei a análise componencial proposta por Spradley (1980) por tratar-se de uma profunda análise etnográfica, a qual não pôde ser realizada neste trabalho em razão do restrito tempo para este estudo.

Para a análise etnográfica, Spradley (1979, 1980) propõe a leitura do material de forma exaustiva para a descoberta de domínios, com revisão do material escrito, tanto das notas de campo como das entrevistas. Um domínio de acordo com o autor é uma categoria de significado que inclui outras categorias menores, que apesar de únicas, pertencem a um mesmo tipo de categoria de significado.

De acordo com Spradley (1980), uma taxonomia é um conjunto de categorias organizadas sobre a base de uma só relação semântica. Ela difere do domínio porque mostra as relações de todos os termos incluídos no domínio. A taxonomia indica a forma como os subconjuntos estão relacionados como um todo, ao mostrar os diferentes níveis que existem dentro de cada um.



No final emergiram temas que permearam todos os domínios do estudo. O tema cultural, de acordo com Leininger (1991) e Spradley (1980), é o mais alto nível de abstração. Conforme Spradley (1979, p. 186), “temas culturais são princípios recorrentes que conectam alguns domínios, oferecendo uma visão holística da cena cultural, e comumente tomam a forma de uma asserção. Os temas são grandes unidades de pensamento, consistem em um número de símbolos interligados dentro de relações de significados”. A descoberta dos temas ocorreu mediante o processo de imersão, que, de acordo com Spradley (1979, p. 190), “consiste no engajamento profundo do pesquisador na cultura, expandindo e testando as anotações etnográficas”.

## 5.8 QUESTÕES ÉTICAS

De acordo com Elsen e Monticelli (2003, p. 196), “para que se possa entrar no campo, a enfermeira negocia com clientes, direção, apresenta seu projeto, solicita permissão para seu trabalho, compromete-se a garantir os direitos dos sujeitos envolvidos e a apresentar o texto final aos interessados”.

De acordo com os princípios éticos adotados em 1971 pela Associação Americana de Antropologia (Spradley, 1980, p. 20), o pesquisador deve:

proteger os direitos, interesses e sensibilidades dos informantes; comunicar os objetivos da pesquisa aos informantes; proteger a privacidade dos informantes; não explorar os informantes; colocar-se à disposição dos informantes; colocar à disposição dos informantes as anotações do trabalho etnográfico.

Conforme Mazzotti e Gewandsznajder (1999) existem quatro critérios éticos propostos para o rigor dos estudos qualitativos: a credibilidade, a transferibilidade, a consistência e a confirmabilidade.

A transferibilidade está relacionada à possibilidade de aplicação dos resultados a um outro contexto. Acredito que os resultados dessas pesquisas poderão ser utilizados em outros cenários como subsídios técnicos, pois não tenho a pretensão de que a totalidade desta etnografia possa ser transferida à outros contextos. Por

entender que os saberes são locais e os significados para as pessoas não são definitivos e dependem dos cenários que elas estão envolvidas.

A consistência é um importante fator no levantamento dos dados, por tratar-se de uma pesquisa etnográfica, como coloca Lenardt (2001, p. 43), “o pesquisador funciona como próprio instrumento e pode ser inconsistente, por várias razões, como cansaço ou mesmo desatenção”. Por esse motivo, quando a minha unidade tinha muitos procedimentos, pacientes graves ou situações estressantes eu evitava realizar as entrevistas com as avós. A disposição para conversar com as avós era fator chave no sucesso da coleta das informações, na presença de exaustão física ou mental transferia o dia das entrevistas.

O critério de confirmabilidade é alternativa ao conceito de objetividade. Um pesquisador com experiência avalia o processo e o produto da pesquisa, pude alcançar essa fase com uma colega Mestre que trabalhou em sua dissertação a pesquisa etnográfica e minha orientadora, com vasta experiência no tema.

Para o desenvolvimento da pesquisa, conforme norma do programa de Pós-graduação em Enfermagem, após obter as sugestões da banca de qualificação, o projeto foi encaminhado ao Comitê Setorial de Ética do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, instituição na qual realizei a pesquisa. A análise e parecer do projeto pelos membros do Comitê ocorreram dia 31 de julho de 2006, o qual teve retorno com recomendações para alterações no TCLE e acrescentar orientações de enfermagem às avós das crianças hospitalizadas, as quais foram atendidas e, após avaliação pelos membros do Comitê foi aprovado em 04 de setembro de 2006 (anexo 1).

Para o estudo foram consideradas as normas da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que determinam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Brasil, 1996), com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual, em via impressa, foi assinado pelo participante e entrevistador e entregue uma via para o entrevistado. O TCLE foi lido e esclarecido para todas as avós por mim e entregue a elas para nova leitura e assinatura.

No primeiro contato, ou em qualquer momento, a avó pôde demonstrar o desejo voluntário de participar ou não da pesquisa. Ela foi esclarecida sobre o propósito, a natureza do estudo, o não envolvimento de riscos, nem benefícios, bem como sobre o anonimato por meio da identificação do participante com nomes fictícios, a confidencialidade dos registros e o seu direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem justificar sua decisão.

## 6 RESULTADOS

Apresento, a seguir os resultados da pesquisa realizada com as avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados em uma instituição pediátrica de grande porte na cidade de Curitiba. Descrevo, de um modo geral, o cenário do estudo, os materiais e equipamentos, seguindo os passos da observação-participação-reflexão (OPR) proposta por Leininger (1991). Descrevo o perfil das avós seguido da análise etnográfica das informações segundo Spradley (1979, 1980).

### 6.1 CENÁRIO E SITUAÇÕES SOCIAIS

Enfocarei, neste capítulo, os cenários específicos onde foi realizado o estudo por já ter realizado a abordagem da instituição em capítulos anteriores.

Há dois postos por andar, sendo os que constituem os cenários desta pesquisa: 1, 2, 4, 7, 9, 10, 11 e 12. Em cada posto de enfermagem há uma enfermeira responsável pelos turnos da manhã, tarde e duas noites e em cada horário um técnico de enfermagem para administração do local junto à enfermeira e também na ausência da mesma. Em cada posto há uma sala de curativos para realização de procedimentos às crianças e uma sala de prescrição médica com computadores e impressora. Os principais equipamentos existentes no posto são: um computador para a equipe de enfermagem, um carrinho de emergência, um torpedão de oxigênio, um oxímetro de pulso e bombas infusoras. Nas paredes encontram-se murais para recados aos funcionários (comunicados e treinamentos) e um quadro de avaliação do controle de qualidade do setor.

O cenário de observação da avó são as enfermarias e quartos. A estrutura física das enfermarias, em média, possui quatro a seis leitos dispostos com camas ou berços de grades, poltronas ou cadeiras para os acompanhantes no caso das unidades do SUS. Nos quartos de convênios/particulares há leitos individuais (suítes) ou duplos. Em cada unidade pesquisada, a média é de trinta leitos e a taxa de ocupação em torno de

90%. Constatei que o rodízio de vagas é bastante intenso, em razão do elevado índice de crianças com patologias agudas de rápido tratamento.

Dirigi olhar atento também às unidades de suporte, como farmácia, localizada ao lado da sala de descanso das mães, próximos às unidades administrativas. No andar térreo encontra-se o refeitório e a lanchonete, onde os funcionários e acompanhantes realizam suas refeições. Neste local pude ficar atenta às conversas das avós com outros acompanhantes. O centro de imagem é o local onde os pacientes são encaminhados para a realização de exames de imagem, sempre junto aos acompanhantes.

As avós, informantes-chave, usam aventais azuis, indicativo de acompanhantes das crianças internadas pelo SUS, *as acompanhadas de convênios ou particulares não utilizam esse avental*. As avós acompanhantes das crianças, permaneciam várias horas do dia ou da noite, revezando o período de acompanhamento com os pais. Elas realizam sua higiene e descansam no local específico para os familiares. Demonstram interesse em ficar ao lado do neto durante a visita médica e prestam atenção até nos diálogo dos médicos com outras mães ou responsáveis. Também observei que cuidavam das outras crianças enquanto a acompanhante descansava, sabiam que não podiam pegar no colo, mas ficavam atentas.

Nos cenários em que percebi a avó junto ao neto confirmaram-se comportamentos que demonstravam muito amor, carinho, atenção, preocupação, até mesmo mais do que com a própria mãe. As avós apresentam relação intensa com a equipe, percebi facilmente a presença delas no cenário, pelas exigências e conversas. Contam histórias da família, tratam a equipe de maneira diferente, com apelidos carinhosos. Algumas funcionárias sentiam-se incomodadas, designando a avó como “impertinente”, “exigente”, outras até achavam graça, entendiam como carinho dispensado a elas.

Após algumas observações, ao entrar no quarto ou enfermaria de imediato percebia a avó acompanhante não só pela idade, mas pela sua postura. Estão sempre de bem com a vida e qualquer hora, dispostas com a criança no colo ou ao lado delas, auxiliando na alimentação, contando histórias, demonstrando paixão pelo neto. Elas

papricam os netos bebês, embalam-nos em seu colo, não deixam ele chorar um minuto; beijam, abraçam, acariciam e conversam. Ainda trocam a fralda, administram mamadeira/papinha e fazem a criança regurgitar após as mamadas. Desenvolvem alguns cuidados específicos aprendidos no hospital, como com a sonda e o acesso venoso e auxílio nos cuidados invasivos, realizam cateterismo de demora, aspiração de traqueostomia, troca de curativo de gastrostomia, mudança de decúbito, administração de medicamentos via oral, administração de dieta por gavagem. Auxiliam na troca de camas, desinfecção com álcool 70% e distribuição da alimentação.

A maioria delas desenvolve trabalhos manuais, sendo o mais freqüente o tricô. Rezam para a criança ou junto a ela, trazem medalhinhas, santinhos, água benta ou orações para deixar à beira do leito. À noite dormem ao lado da criança ou vão descansar na sala designada para a família. Percebi que o maior número de avós acompanhantes está junto aos recém-nascidos, porque as mães ainda estão no puerpério, principalmente aquelas submetidas à cesárea.

Freqüentemente a avó é grande aliada no tratamento da criança, convence a mãe da necessidade de procedimentos invasivos, dentre estes a punção venosa e a sondagem enteral. A atenção das avós é intensa, algumas delas não querem nem sair de perto da criança para se alimentarem.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem usam uniformes brancos, padrão da instituição. As enfermeiras vestem a cor verde e os médicos e outros profissionais da área da saúde apenas jalecos brancos. A permanência dos auxiliares e técnicos é intensa nas enfermarias, entretidos com as atividades do processo à criança e com os acompanhantes, os quais eram seus aliados no cuidado da criança. A enfermeira, responsável por todos os pacientes e a equipe, dispensa cuidados em todas as enfermarias e quartos, atende as solicitações e sempre se dedica com maior afinco às crianças mais graves da unidade. Toda a equipe desenvolve intenso trabalho, principalmente pela manhã, horário da higiene das crianças, troca de leitos, preparo de vagas para pacientes cirúrgicos e freqüentes solicitação dos familiares e da equipe médica. A maioria dos funcionários estão sempre dispostos a atender o chamado,

tratam a criança com zelo e carinho, contudo alguns demonstram resistência à presença da avó.

## 6.2 PERFIL DA AVÓS, DOMÍNIOS CULTURAIS E TAXONOMIAS

As informações foram analisadas concomitante à sua coleta, de acordo com o método de SPRADLEY (1979; 1980), que estipula a análise dos dados desde o momento em que se começa a coleta.

Iniciei as análise com o levantamento do perfil das avós idosas cuidadoras por meio das informações coletadas. Na análise das entrevistas, após a leitura do texto fui sublinhando, por meio de cores diferentes, os domínios, posteriormente transcrevia num outro arquivo cada um dos domínios com seus três elementos básicos: o termo coberto, os termos incluídos e a relação semântica, a qual tinha a função de estabelecer uma relação do termo incluído e o termo coberto. Foram identificados muitos domínios, selecionei-os e utilizei apenas os mais significativos, agrupando-os e aprofundando-os de acordo com os objetivos da pesquisa, alguns explorei com detalhes, como orientou Boehs (2001). Estabeleci as relações entre os domínios, a fim de formar um conjunto que representa o pensamento das avós estudadas.

### 6.2.1 ANÁLISE DO PERFIL DAS AVÓS IDOSAS CUIDADORAS DOS NETOS HOSPITALIZADOS

Quadro 1- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS AVÓS IDOSAS CUIDADORAS DOS NETOS HOSPITALIZADOS - CURITIBA, 2006

Características	Variações	Porcentagem
Idade	60 a 65 anos	99%
	66 a 75 anos	1 %
Total		100%
Estado civil	Casada	79 %
	Viúva	16 %
	Separada	5 %
Total		100%
Nº. filhos	Dois	20%
	Três	30%
	Quatro	25%
	Cinco	5%
	Seis	10%
	Sete	10%
Total		100%
Nº netos	Um	30%
	Dois	20%
	Três	9%
	Cinco	15%
	Seis	15%
	Vinte	1%
Total		100%
Residência	Sem os netos	20%
	Com os netos	80%
Total		100%
Grau de instrução	Primeiro grau incompleto	55 %
	Primeiro grau completo	30 %
	Segundo grau completo	15%
Total		100%
Nível de renda	1 a 1,5 salários mínimos	50 %
	2 salários mínimos	20%
	1 2,5 salários mínimos	30%
Total		100%
Religião	Católica	72%
	Evangélica	22%
	Sem religião	6%
Total		100%

FONTE: pesquisa de campo

Verifica-se no quadro de nº 1 que 99% das avós entrevistadas têm idade entre 60 a 65 anos e 1 % delas idade superior a sessenta e seis anos. Segundo o IBGE (2000), a média de vida nas mulheres no Sul do Brasil é de 73,5 anos. As avós



participantes deste estudo certamente contribuirão para aumentar a média apontada pelo IBGE em razão da maioria delas estar aparentemente bem de saúde e cuidarem de outrem. Dentre as avós entrevistadas, 79% delas são casadas, 16% viúvas e 5% separadas. Dado confirmado pelo IBGE (2000) ao afirmar que a região Sul do país apresenta a maior duração das uniões civis.

Observa-se que 30% das avós possuem três filhos; 25% quatro filhos; 20% dois filhos; 10% com sete filhos e somente 5% delas com mais de sete filhos. Segundo dados do IBGE (2000), entre 1970 e 1996, a média brasileira de filhos por mulher passou de 6 para 2,3 filhos. Verifica-se ainda que 30% das avós possuem um neto, 20% dois netos, 9% com três netos, 15% entre cinco e seis e sete netos e 1 % com vinte netos.

De acordo com o IBGE (2000), a proporção de idosos vem crescendo mais rápido do que a proporção de crianças, a longevidade vem contribuindo progressivamente para o aumento de idosos na população.

Observa-se que 80% das avós moram com os netos e 20% com outros familiares, esposos e filhos, nenhuma das avós cuidadoras entrevistadas vivem sozinhas. Segundo o IBGE, em todo o País, 64,7% dos idosos moram com ou sem cônjuge, mas com filhos e/ou outros parentes na mesma casa.

Verifica-se no quadro de análise do perfil das avós que 55% delas não terminaram o primeiro grau, seguido daquelas com o primeiro grau completo (30%) e em menor número com o segundo grau completo (15%). A baixa escolaridade é justificada pelas avós em razão da situação financeira, distância da residência, dificuldades intelectuais e sociabilidade:

*“Primeiro ano do primeiro grau, quando estava passando para segunda briguei com a professora e sai.” (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).*

*“Meus pais lutaram muito para que eu pudesse aprender bem o estudo, eu entrei com 7 anos na escola e sai com 11 anos, mal a segunda série, não conseguia aprender direito, mesmo gravar as coisas na minha mente”. (Ivone, 04 de outubro de 2006).*

*“Até o terceiro ano, naquele tempo não tinha aula, quem passou o terceiro já tinha terminado”. (Soraia, 05 de setembro de 2006).*

De acordo com o IBGE (2000), a escolaridade dos idosos é baixa, principalmente entre as mulheres. Mais uma vez se pode atribuir este resultado às diferentes características da sociedade e diferentes formas de educação que prevaleceram nas décadas de 1930 e 1940. É bastante expressiva a frequência do número de avós com até 3 anos de estudo (37,6%), o que mesmo para os padrões brasileiros é considerado muito baixo.

Observa-se no quadro de nº 1 que o nível de renda de 50% das avós é também baixo, entre um a um e meio salários mínimos por mês. Isto reflete no tipo de internação hospitalar, 86% dos netos são crianças hospitalizadas no Sistema Único de Saúde. De acordo com dados do SIH/SUS (2006), em Curitiba, foram 15.098 internações no ano de 2005 com a média de 6,4 dias de permanência. Segundo SIH/SUS (2003) dos 777 leitos no total destinados à pediatria em Curitiba, 49 são em hospitais públicos, 166 em filantrópicos, 302 em universitários e 260 privados. Conforme o IBGE (2000), o nível de renda das mulheres acima de 60 anos no Sul do Brasil está na média de dois salários mínimos mensais.

Algumas avós expressam dificuldades em estabelecer uma profissão e dispor de melhor renda mensal devido a problemas familiares, como debilidade do provedor da família, o qual também necessita de cuidados, e por sua vez ela também é cuidadora. Em algumas situações os filhos complementam a renda para auxiliar nas despesas de casa.

*“Meu marido encostou com problema de coluna, meu filho ganha um salário”. (Iolanda, 03 de agosto de 2006).*

*“Ganho uma pensão de 300 reais do meu marido, meus filhos ajudam também, tem um filho que está na Itália, a outra avó do nenê também ajuda muito”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Eu cuido dos afazeres de casa, cozinho em casa, tem uma pessoa que me ajuda uma vez por semana, mas caso contrário sou eu que cozinho, eu que lavo”. (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

*“Eu estou cuidando do meu pai e da minha mãe e do meu marido também, ele sofreu derrame, estava totalmente imobilizado, ele teve na UTI”. (Graça, 12 de setembro de 2006.).*

Constata-se que a maioria das avós entrevistadas (69%) pertencem à religião católica, seguida da evangélica (21%); uma delas alegava não ter religião específica,

segue aquela que melhor lhe agrada no momento. Todas mencionam serem tementes à Deus e diariamente fazem orações que envolvem a família e as pessoas queridas.

Apesar da predominância da religião católica, esta vem perdendo espaço para outras crenças. De acordo com as estatísticas do IBGE (2000), houve uma diminuição dos seguidores da religião católica, de 83,8% no ano de 1991 para 73,8% em 2000. Houve aumento de fiéis evangélicos, de 9,05% em 1991 para 15,45% em 2000.

Quadro 2 - PROFISSÕES E LAZER DAS AVÓS CUIDADORAS – CURITIBA, 2006

Característica	Variações	Porcentagem
Profissões	Diarista/doméstica	26 %
	Dona de casa	26%
	Microempresária	8%
	Costureira	8%
	Vendedora	8%
	Zeladora	4%
	Copeira	4%
	Lavadeira	4%
	Professora	4%
	Operadora de máquina	4%
	Auxiliar de cozinha	4%
	Total	100%
Lazer e outras atividades	Cuidados com a casa e a família	40%
	Atividades na Igreja	20%
	Exercícios físicos (hidroginástica, caminhada, musculação ou academia)	20%
	Tricô, crochê	16%
	Estudo	4%
Total		100%

FONTE: Pesquisa de campo.

De acordo com o quadro nº 2 verifica-se maior índice de profissões das avós como donas-de-casa (26%) junto às profissões de doméstica/diarista (26%). Segundo o IBGE (2000), a proporção de mulheres aposentadas (45,9%) é menor que a de homens (77,7%), consequência do tardio ingresso delas no mercado de trabalho. Ou seja, muitas idosas hoje são donas-de-casa devido à dificuldade em ingressar no mercado e

outras passaram a exercer dupla função (74%), ou seja, responsáveis pelo trabalho familiar e fora dele. Em seguida encontram-se as profissões de zeladoras, costureiras e vendedoras (8%). As zeladoras exercem suas atividades em escolas e as costureiras trabalham por “conta própria”, fabricam e vendem lingerie, acolchoados e roupas, estas atividades possibilitam a maior permanência em casa, cuidando da família e dos netos.

Representam (4%) as coqueiras, lavadeiras, operadoras de máquina, auxiliares de cozinha, igualmente às profissões que exigem nível de estudo mais avançado, como professora e microempresária. Este estudo aponta que as avós cuidadoras representam baixos índices nas profissões que atualmente estão em evidência no mercado de trabalho, em função de exigências como certo nível de escolaridade.

De acordo com o IBGE (2000) a composição da população das mulheres brasileiras é de: 43,9% de empregadas (com registro em carteira de trabalho), 17,2% de trabalhadoras domésticas, 16,1% de trabalhadoras por conta própria, 2,2% de empregadoras, 12,3% de trabalhadoras não remuneradas, 8,3% de trabalhadoras na produção para o próprio consumo e uso. Entretanto, estes números não indicam a faixa etária delas, sabe-se apenas que entre as mulheres de 60 anos ou mais, 1,6 milhão (40,9%) ainda exercem atividades remuneradas.

No Brasil, dentre as atividades realizadas pelos idosos encontra-se a maior concentração no setor agrícola (12,7%) do que no setor não-agrícola (3,8%) e 41,4% dos idosos trabalhavam por conta própria. As diferenciações por sexo são importantes: os homens trabalham majoritariamente por conta própria ou são empregados (49% e 29,4%, respectivamente) e as mulheres trabalham na produção para o próprio consumo e por conta própria (35,1% e 26,1%, respectivamente).

No presente estudo constata-se que 40% das avós dedicam-se exclusivamente a cuidar da casa, algumas delas (20%) associam atividades religiosas (louvores, rezar o terço, membro de grupos de músicas religiosas). Conforme Araújo e Alves (2000), entre as pessoas de 60 anos ou mais, 24,7% estão associadas aos órgãos comunitários, sendo que a maior parte está ligada a associações religiosas (52,4%).

Reduzido número de avós participantes do estudo (25%) exercitam o corpo em atividades físicas como caminhada, academia, hidroginástica e musculação e na participação de grupos da terceira idade.

*“É sempre bom andar um pouco, gosto de andar”.* (Joana, 03 de agosto de 2006).

*“Eu faço hidroginástica duas vezes por semana, terça e quinta e musculação, segunda, quarta e sexta. Me sinto ótima, faz uns dez anos que faço, a saúde ficou melhor, eu sempre pensava só em trabalhar e nunca tirava esse tempo para mim e acho isso muito importante, faço com a terceira idade e a academia que eu frequento abre esse espaço para a terceira idade. Fazer musculação é muita vantagem para os ossos. Se eles oferecem isso, porque eu não vou aproveitar, porque como você pode ver eu sou uma pessoa que não estou no peso certo, eu estou acima do meu peso, quando eu vou nos médicos fazer os exames de controle e digo que faço hidroginástica e musculação eles dizem: ‘Então está ótima!’ Meus exames dão tudo ótimo, a única coisa eu tomo remédio para pressão arterial”.* (Maria, 04 de setembro de 2006).

*“Faço todo o meu serviço correndo para ir fazer minhas coisinhas, é uma terapia, é um barato”.* (Rúbia, 28 de agosto de 2006).

*“Eu sou obreira na igreja, a gente atende o povo na hora do culto e atividade na livraria”.* (Ivone, 04 de outubro de 2006).

*“Participo da igreja, eu canto num conjunto da igreja, um conjunto de irmãos, eu vou todo sábado de manhã, se tem uma pessoa doente que precisa da visita a gente está ali”.* (Mafalda, 08 de agosto de 2006).

Essas atividades exercidas pelas avós foram comprometidas de acordo com a intensidade de envolvimento com o neto e, durante o período de hospitalização da criança, elas abandonavam esses afazeres para dedicar-se ao cuidado dos netos.

*“Sempre fiz atividade física, ginástica em academia. Aí o meu neto nasceu começaram a aparecer alguns problemas com ele...eu parei. Fazem quatro meses que eu parei por causa da saúde dele”.* (Malvina, 11 de setembro de 2006).

*“Eu estava quase entrando para fazer tricô e crochê, só que não deu. Aí surgiu o nenezinho, e eu sempre do lado dele ajudando, e aí não deu para fazer, mas eu tenho vontade”.* (Mafalda, 08 de agosto de 2006).

*“Estou sentindo falta agora que eu estou aqui, Todos os dias eu lembro do meu horário da academia e dos dias da hidroginástica, sempre lembro”.* (Maria, 04 de setembro de 2006).

*“Só costurar eu não posso mais agora, não tenho tempo mais, eu gostava de costurar, faz tempo que a máquina está abandonada lá”.* (Olga, 10 de outubro de 2006).

Quadro 3- PROBLEMAS DE SAÚDE - CURITIBA, 2006

Características	Variações	Porcentagem
P R O B L E M A S  D E  S A Ú D E	Dor em MMII/ varizes	16 %
	Pressão alta	16%
	Problemas na coluna	13%
	Tumor no útero	13%
	Diabetes	10%
	Colesterol elevado	10%
	Tosse	3%
	Alterações cardíacas	3%
	Depressão	3%
	Nenhum	10%
Total		100%

FONTE: Pesquisa de campo.

Aponta-se no quadro 3 que 16 % das avós possuem problemas de hipertensão arterial, 16% delas queixam-se de dor em membros inferiores/varizes; 13% relatam ter problemas em coluna e em mesmo percentual alegam tumor no útero; 10% são diabéticas e ainda 10% delas declaram colesterol elevado. Algumas avós queixaram-se de tosse (3%), o mesmo percentual de alterações cardíacas e de depressão; apenas 10% não tiveram nenhuma queixa em relação à sua saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualmente, as condições crônicas representam 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo e estima-se que, em 2020, 80% das doenças nos países em desenvolvimento originarão de problemas crônicos.

A doença em seu estágio crônico acomete o indivíduo e interfere em sua vida diária normal. Conforme Muscari, apud Damião e Angelo (2004, p. 120):

doença crônica é definida como uma condição incurável que a) afeta o funcionamento da pessoa por mais de três meses por ano; b) causa hospitalizações que somadas têm duração maior que um mês ao ano; c) requer o uso de dispositivos permanentes de adaptação.

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (Ramos et al., 1993). Quadro constatado na pesquisa em que quanto maior a idade da avó o índice de patologias associadas aumenta.

“A doença crônica está mais disseminada entre os idosos (...)” (MORAGAS, 2004, p. 50). Conforme Netto, Yuaso e Kitadai, (2005, p. 601), “nas mulheres predominam as doenças não-fatais, freqüentemente incapacitantes e/ou crônicas, como as doenças osteoarticulares, o diabetes mellitus tipo II não complicado, a hipertensão arterial discreta”.

*“Eu tenho pressão alta, mas eu tomo remédio controlado”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Enquanto eu fico aqui com ele eu vou na farmácia verificar minha pressão, já tem um tempo que não tem subido mais. Quando a gente fica muito nervosa a pressão sobe e tem que comer muito sal. Agora, a comida daqui não dá para se queixar do sal, eu não gosto de muito sal”. (Soraia, 05 de setembro de 2006).*

*“Tenho problema de coração, tenho mioma no útero, tinha que fazer uma ecografia, mas por enquanto não pude fazer ainda. Dava aqueles disparos que parecia que meu coração ia sair pela boca. Eles falaram que era um sopro no coração. Se continuasse assim era para ir no médico. Eu não posso tomar café. O problema do útero tem me incomodado bastante, me dá muita dor, incha meus pés, enquanto eu estou aqui, mesmo doendo eu fico, não tem o que fazer, tenho que ajudar, tenho que ficar”. (Ivone, 04 de outubro de 2006).*

*“Minha saúde é de ferro. Não tenho nenhum problema de saúde. Tem pessoas bem mais novas que eu que já estão entregues, não conseguem fazer nada (...) tem uma amiga minha que é assim. Eu não tenho nada (...). (Josefa, 25 de setembro de 2006).*

### 6.2.2 DOMÍNIO CULTURAL 1 - SER AVÓ CUIDADORA SIGNIFICA PROTEGER O NETO

A participação da avó no cuidado com o neto tem seu ponto de partida no conhecimento da gestação da filha/nora, a partir desse momento a avó iniciará um cuidado com a mãe/feto, transposto após o parto intensamente à criança. O nascimento do bebê é o ponto de partida, é o momento de entrega da mulher na sua função de avó.

*“Quando eu vi o meu neto, ele só tinha três meses na barriga dela, quando eu vi o meu neto foi uma emoção tão grande na minha vida, vi que o meu neto era realidade, que era real, que era fato consumado, aquilo me deu uma emoção, meu olho encheu de lágrima, eu chorei de alegria quando eu vi ele na barriga dela. É maravilhoso ser avó”. (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

*“A maior emoção que eu tive na minha vida foi quando meu neto nasceu, quando eu escutei o choro dele meu coração se encheu de emoção, daquele dia em diante é uma benção na minha vida, é um anjo que Deus colocou para nós, eu adoro ele e ele gosta muito de mim. Eu faço tudo o que posso, para mim é uma alegria imensa ser avó, ainda mais agora com esse nenê maravilhoso”. (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

Durante a coleta de dados foi perceptível a intensa participação dessas mulheres no cuidado dos recém-nascidos, como apoio às mães na internação. Para as avós cuidadoras, assistir o neto hospitalizado é uma situação de extrema felicidade, o que foi demonstrado por todas as entrevistadas. O sorriso no rosto e a satisfação em cuidar do neto é uma constante. Algumas avós até solicitam às mães das crianças para acompanhá-los durante a hospitalização, passam várias horas, viram noites acordadas ao lado daquele a quem revelam amar muito. Este sentimento foi demonstrado pelas avós com muita intensidade durante as observações participantes e as entrevistas etnográficas. Manifestam preocupação sem medida, não concebem a idéia de deixar os netos sozinhos, na ausência de algum familiar. Em algumas situações ela é a única presente, quer por impedimentos da mãe como em recuperação no puerpério, ou seja por ser a responsável pelo neto.

Pude constatar que as avós acompanhantes são mulheres com intenso instinto de vida, muita força para enfrentar os sofrimentos e animadas por estarem ao lado do neto. Agradecem imensamente a Deus por possuírem saúde (mesmo na presença de



patologias crônicas), conseguirem caminhar, andar e compartilhar os momentos da hospitalização.

*“Eu acho que ser avó é um direito, podendo, não digo quando a pessoa não pode, se é uma pessoa doente, e a maioria das avós hoje em dia está junto com o neto, está cuidando, hoje em dia tem muitos filhos e noras irresponsáveis e acaba sobrando para os avós, a gente vê isso com os vizinhos, às vezes os pais somem para não terem que assumir os netos”. (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).*

*“É um privilégio muito grande cuidar do neto, porque tem muitas avós que talvez nem alcancem os netos, e eu agradeço muito a Deus por Deus ter me dado vida e saúde, força nas pernas para mim andar, para cuidar, tem muitos ali que querem cuidar, mas não pode cuidar, estão doentes, numa cadeira de rodas, estão em cima de uma cama”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Ser uma avó que cuida é muito bom, cuidei, cuido e enquanto eu tiver saúde e puder andar”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

Algumas avós assumem os netos legalmente porque a mãe tem problemas de saúde, não possuem condições físicas ou mentais, são mães adolescentes, mães de primeira viagem, mães desestruturadas emocionalmente ou sem condições financeiras.

*“Hoje em dia tem muitos filhos e noras irresponsáveis e acaba sobrando para os avós, a gente vê isso com os vizinhos, às vezes os pais somem para não terem que assumir os netos”. (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).*

*“A mãe dela tem uma infecção na cabeça, tem crise convulsiva, mas nunca tratou, os ouvidos dela vazam, então desde pequenininha eu cuidava dela e com um ano e dois meses eu peguei a guarda dela, a mãe dela viu uma vez ela na Unidade de Terapia Intensiva, ela (a criança) me chama de mãe. Ela não sabe que a mãe dela é a mãe de verdade, ela fala que a mamãe é a vovó”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

Em alguns casos as mães das crianças dificilmente têm novos contatos com os filhos, afastam-se e perdem o vínculo.

*“A mãe dela difícil perguntar, mas quando perguntou eu disse, você quer saber, vai lá no hospital ver ela”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

Quando as filhas não assumem a criança as avós tomam para si a responsabilidade de mãe, consideram sua presença imprescindível, muito importante. Segundo Beauvoir (1990), os sentimentos direcionados aos netos são os mais

calorosos e mais felizes das pessoas. As avós sentem-se imensamente satisfeitas em atender os netos, mais do que em qualquer outro momento de sua trajetória.

Para os avós os netos são objetos de um amor incomensurável e muitas vezes maiores que os já vividos anteriormente. As crianças são tidas como fonte de renovação de si mesmo e da família (LOPES, NERI e PARK, 2005). Algumas avós do estudo consideram “maior” o amor que sentem com os netos do que com os próprios filhos. Elas possuem vínculo intenso com as crianças, como se o amor fosse duplo (do filho e agora do neto), às vezes não conseguem explicar como é este sentimento, entretanto, a felicidade é visível em seus rostos e demonstram muita vivacidade no cuidado com o neto.

Segundo Leite (2004, p. 176), “esse amor à família, que acompanha as mulheres-avós no decorrer de suas vidas, não tem limites; e muitas vezes nem mesmo a avó sabe expressar esse sentimento”.

*“Para mim é maravilhosa a relação com os meus netos, parece que é mais do que os filhos, o amor é maior, não sei explicar, mas parece que é maior. Parece que o carinho é maior, não sei (...), é um encanto, é um tesouro encantado, eu sempre fui assim com criança. Com os meus filhos mesmo eu era aquela mãe boba, de deitar no chão, de rolar”.* (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).

*“Um amor indiscutível, inexplicável, um prazer na minha vida, eu tenho certeza que lá na frente vai ser para ele também. Então é uma coisa muito maravilhosa, para mim é algo que eu nunca tive na minha vida e agora eu estou conseguindo dar para alguém”.* (Maria, 04 de setembro de 2006).

*“O amor é diferente, é muito mais forte, mais verdadeiro, é mais gostoso”.* (Guilhermina, 11 de agosto de 2006).

*“A Andressa eu cuido melhor do que eu cuidava dos meus filhos, o amor com os netos é maior”.* (Olga, 23 de agosto de 2006).

*“Parece que é duplo, o amor é maior, eu cuido igual deles do que cuidava dos filhos”.* (Graça, 12 de setembro de 2006).

*“É amor, carinho, é tudo, porque uma criança dá trabalho”.* (Josefa, 25 de setembro de 2006).

*“Neto parece que a gente ama mais quando são nenéns do que quando a gente amava os filhos da gente na mesma idade. Mas eu creio que o amor é igual, a minha filha tem 17 anos e o meu filho tem 30 então eram anos que eu não lidava com uma criança, diretamente, na família”.* (Maria, 04 de setembro de 2006).

Todo o amor, carinho e atenção que as avós demonstram também foram adquiridos no decorrer do tempo, assistiram suas famílias, acompanharam o crescimento dos seus filhos, criaram-nos com afeto, seguiram a evolução da gestação de suas filhas; o nascimento dos netos. No transcorrer de suas vidas foram conquistando e aprimorando seus sentimentos de paciência, cuidado e amor, já naturais na mulher e na terceira idade eles tornam-se mais evidentes. Como cita Leite (2004, p. 62):

as mulheres-avós possuem atributos da personalidade feminina como ternura, compreensão, tolerância, intuição, passividade e cuidado. A paciência, estando relacionada ao cuidado de crianças e dos afazeres da casa é, para mulher, um atributo, que aparece com maior propriedade na velhice. E, a maneira de falar é que dá a elas o sucesso na relação com os netos.

A avó incomoda-se com a maneira como os pais cuidam dos filhos, tem paciência, posicionam a criança, seguram no colo com calma, carinho. Sabem como acalenta-la, como fazê-la dormir; ela possui táticas adquiridas no decorrer da vida ou transmitidas de geração a geração para cuidar da criança com sucesso:

*“Eu não agüento ver ele chorar, principalmente quando não está bonzinho, eu já falo, gente, levanta, levanta com ele, porque a criança precisa daquela posiçãozinha para se acalantar, gosta que você encoste o rosto com o dele, fico com ele grudadinho em mim, então você tem que arrumar uma posição que eles querem, que gostem, até fiquem quietinhos, porque senão não adianta chorar e deixar ele chorar, deixam em cima da cama que se esguela e os pais não tem coragem de levantar hoje em dia para acalantar o filho, dar atenção. Eu levanto a hora que for”.* (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).

A avó exerce um papel de proteção aos netos. Para ela cuidar é zelar, é proteger, dar carinho, agradar, tratar com paciência, dar amor, conversar. Não só cuidar do corpo, da doença, do medicamento, da temperatura; é tratá-los também no aspecto emocional. Com estas atitudes ela se realiza e conquista a criança:

*“Ser avó cuidadora eu sinto que nem me chamam: de vó coruja, eu agrado bastante, levo todos na minha casa, ligo a TV, fico lá com eles”.* (Ofélia, 02 de agosto de 2006).

*“É zelar, numa necessidade, num carinho que você dá, tudo isso faz parte. Tem um conjunto de coisas que você tem que fazer, não é só atender para o outro se machucar, você tem que dar carinho, tem que dar amor, tem que zelar por ela, zelar, no caso, do corpo dela, isso tudo faz parte, é um conjunto de coisas que faz parte”.* (Bernardina, 20 de outubro de 2006).

*“Eu gosto muito de ficar com ele, ele fica muito bem comigo, trato com carinho bastante, converso bastante, eu fico feliz de estar com ele porque é uma parte que a gente está passando amor para eles, eu me sinto bem em cuidar, tem avó que já não gosta, mas eu me sinto útil, a gente está dando apoio nessa hora que precisa”. (Lurdes, 17 de outubro de 2006).*

A avó compara o seu relacionamento com o neto como o de mãe para com o filho, algumas relataram surpresa na sensação dessa nova função em suas vidas.

*“A avó é que nem uma mãe, eu achava que não, eu achava que eu não ia ser uma avó assim, que ficasse dedicada, eu achava graça de me chamarem de avó. Demorou muito para acostumar, agora eu acho bom ser avó, poder participar, poder cuidar, poder estar sempre, ficar sempre junto” (...) (Efigênia, 21 de agosto de 2006).*

*“Ser avó é meio mãe, tem que saber educar, eu vejo muita vó enchendo o neto de presente, de mimo, não pode cometer os mesmos erros que cometi com os filhos”. (Noemi, 02 de agosto de 2006).*

*“Os netos para a gente é a mesma coisa que um filho, eu me sinto bem cuidar deles, é a mesma coisa que a mãe cuidando dos filhos”. (Ivone, 04 de outubro de 2006).*

O amor de avó contribui para intensificar o bom relacionamento dos membros familiares, possibilita um aconchego com a família, ou seja, não é dirigido somente aos netos, mas possui a finalidade de manter a união da família. “Nessa tarefa de integrar social e culturalmente cada nova geração, os avós têm uma importância inestimável”. (ATARANGY e POSTERNARK, 2005, p.43).

Corroborando com a citação *op cit* Leite (2004, p. 175), “o amor transmitido pelas avós torna-se um amor generalizado para todos os membros de suas famílias. Um amor carregado de atenção e preocupação em manter os membros unidos, através desse sentimento que, como mulher, ela aprendeu desde criança”.

*“Foi uma felicidade quando ele chegou, parece que estava faltando ele, completou” (...) (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).*

*“Para mim ser avó é tão maravilhoso significa um aconchego com a família”. (Maria, 04 de setembro de 2006).*

Os anos vividos parecem presentear a avó com a sabedoria de cuidado afetuoso, amoroso, aquele que conforta e acalma o neto. A vivência prática no cuidado fornece esses atributos à cuidadora, imprescindíveis à qualquer ser humano.

*“Eu acho maravilhoso cuidar dos meus netos, enquanto eu for viva eu vou cuidar, dar carinho, amor, tratar bem, não gosto que judiem”. (Joana, 03 de agosto de 2006).*

*“Com os netos a família da gente só vai crescendo e é uma alegria para gente, eu sinto a maior alegria, eu não tenho o meu esposo, mas quando é no fim do ano, na páscoa, eu reúno todos os meus netos”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

O cuidado com a criança tem início com o seu nascimento, é momento de mudança na vida familiar, com envolvimento dos pais, irmãos e também dos avós. De acordo com os relatos coletados, um novo neto modifica o estilo de vida das avós e une as famílias. O neto é considerado simbologia que dá significado à vida da avó. De acordo com Littlejohn, (1978), o símbolo dá a forma e a experiência da pessoa, a nossa realidade. Aquilo que percebemos e conhecemos, é influenciado em grande parte por símbolos utilizados de nossa realidade; a aceção de significado é a experiência estruturada dos símbolos.

*“Mas para mim é uma delícia ser avó, eu adoro ele. Eu gostei porque uniu tanto a nossa família. A gente sempre se deu bem, mas com ele veio só completar, veio só dar alegria. É muito bom, a gente tem muito amor nele e ele veio mesmo para nós. Ele é uma benção”. (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

*“É o máximo. Ele chegou para acordar a gente na área infantil”. (Maria, 04 de setembro de 2006).*

*“Eu vivo para eles agora. Se eu trabalhar, muito bem. Se não trabalhar, minha filha me ajuda”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).*

As avós assumem um novo papel no nascimento dos netos, adquirem um novo comportamento e na terceira idade a possibilidade de dedicação a eles se intensifica, diante da aposentadoria, dos filhos já criados, a criança, muitas vezes torna-se o seu foco.

O primeiro neto é motivo de imensa alegria, o que intensifica-se com a chegada dos outros. As avós relatam que gostam de ver a casa cheia, particularmente quando as crianças moram com elas. As avós organizam sua vida em função dos netos e a base dela é influenciada pela imagem que traz da vida, sua formação cultural. Segundo Lalive d’Epinay, apud Bassit (2002), a maneira pela qual uma pessoa vive a sua vida é organizada com base em imagens e representações. Para o autor, a vivência das condições de vida de uma pessoa é sempre uma experiência subjetiva, porque é

organizada segundo crenças, valores, representações e conceitos, que poderiam ser resumidos numa única palavra, ou seja, cultura. A cultura de pertencimento das avós se mostra em parte, mediante as relações com os netos.

E os signos e simbologias de pertencimento cultural das avós são representados quando cuidam do neto. Conforme Dellman-Jenkins et al., apud Lopes, Neri e Park (2005), sentem-se úteis, com função especial e a auto-estima tende a se elevar, bem como sentimentos de realização pessoal e felicidade.

O estilo de vida da avó freqüentemente muda, a criança exige, requer atenção, amor, carinho; quer ficar perto da avó, dormir com ela, passar o dia, ouvir histórias:

*“Uma criança dá trabalho, né? Quem fala que não dá trabalho!? Porque dá! Tem que ter paciência”. (Josefa, 25 de outubro de 2006).*

*“Eu tenho uma neta, bem loirinha, linda ela, se não me ver pelo menos uma vez no dia; ela não deixa a mãe dormir. Ela diz: ‘eu quero a minha vó, quero ficar um pouquinho com a minha vó, ah ..., vó..., deixa eu dormir com você hoje.’ Porque eu estou direto com eles, se eu não vejo, procuro saber, eu gosto de cuidar deles”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).*

*“Gosto de fazer coisas para eles comerem; do que eles gostam: um brinquedo, de brincar com eles, pintura, desenhar”. (Ivone, 04 de outubro de 2006).*

Apesar de disporem de menos tempo para atividades de lazer, as avós encontram novas oportunidades de envolvimento, ganham companhia e evitam a solidão e o isolamento que, às vezes, as acometem. Segundo Atarangy e Posternark (2005, p. 63) “o neto aparece como objeto privilegiado, pois permite encobrir os sentimentos de perda, apresentando-se como sucedâneo de aspectos já vividos”.

*“Nada atrapalha no cuidado. Tenho tempo; se não tenho, eu tiro tempo. Saúde eu tenho, com a graça de Deus. Se a gente resolve ir para um lugar, a gente perde o tempo. Então, por que não para ficar com o neto? Eu acho que é muito importante... Eu acho não, eu tenho certeza que é um laço familiar muito importante, desde que os avós tenham o seu limite”. (Maria, 04 de setembro de 2006).*

*“(...) quando acontece de eu não ver ela, nossa vida do céu, fico quase louca”. (Efigênia, 21 de agosto de 2006).*

*“Minha rotina continua igual, na verdade parece que com ele a gente supera tudo, às vezes eu acordo com ele de noite, e no outro dia tenho que acordar cedo e eu vou trabalhar do mesmo jeito”. (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).*

Segundo Oliveira (1999, p. 20):

o reascender de um sentimento de esperança promovido pelos desafios de tomar conta dos netos e o encontro de um sentido para a própria existência. Olhar os netos é tarefa que comporta um horizonte promissor: o reencontro de um sentido para a própria existência. Equivale a dizer, existe aí – ao menos latente – a oportunidade de transformar a opacidade do presente e a incerteza do futuro num arco-íris vibrante e colorido, pontuado por um entusiasmo bem profundo, que parte das coisas mais singelas. A vida parece, mais do que nunca, valer a pena e até o semblante, arranhado pelas estrias do tempo e do sofrimento, ganha ares radiosos. A presença das crianças por perto traz, com certeza, esperanças multiplicadas.

Essa evidência é percebida nas avós participantes do estudo: o semblante radiante traz simbologia da satisfação por estarem junto aos netos. Fica evidente o significado positivo para as avós desta companhia/convivência do neto. De acordo com Schneider (1968), os símbolos adquirem poder, eficácia e função por meio do contexto social em que se situam. O contexto desta mulher no momento é ser avó, se não estivesse nesse papel talvez adquiriria outras significações para sua vida, mas na presença do neto a felicidade se intensifica. As avós estavam sempre dispostas a ajudar, sem se importarem com o que deveriam fazer. Segundo Oliveira (1999, p. 24):

as crianças vão, pouco a pouco, ainda que nem sequer o saibam, forçando os velhos a se transformar. Ora são levados a revirar o fundo da alma, avivando práticas esquecidas, memórias apagadas, conhecimentos relegados para trás... Ora são reconduzidos por mãos infantis a conhecer novos brinquedos, outros hábitos, maneiras diferentes, programas nunca vistos.

De acordo com Glass Jr e Huneycutt apud Lopes, Neri e Park (2005), cuidar do neto pode ser gratificante porque renova as metas dessas mulheres e traz movimentação para suas vidas, além de novos padrões de interação social. As crianças passam, então a desempenhar um outro sentido para as avós. Não são apenas motivo de cuidado, mas também companhia. As avós, quando estão longe dos netos, sentem essa ausência como especifica Oliveira (1999), sentimentos de solidão e tristeza são comuns nas avós distantes de seus netos, são símbolos usados pela avós para indicar a insatisfação que elas sentem ao tê-los distantes. Segundo Benetti (2004, p. 31), “o símbolo é o que evoca, representa ou substitui algo abstrato ou ausente”.

Diante da criança que transborda a vivacidade que lhe é própria, a pessoa idosa contagia-se, enche-se do desejo de viver, dá significado à sua vida. Os avós são afetados por efeitos positivos, um senso de renovação pessoal e de dever cumprido por estarem oferecendo aos seus netos a oportunidade de ter uma família; a oportunidade de ter companhia e livrar-se do sentimento de solidão e a gratificação por estarem provendo uma nova geração com cuidados e ensinamentos (LOPES, NÉRI e PARK, 2005).

Cuidar dos netos preenche a vida das avós, esta dedicação pode fazer com que elas esqueçam-se, inclusive, de patologias decorrentes do processo de envelhecimento. Nas entrevistas, elas estão animadas, alegres, com menos dores, calmas, motivadas a viver.

*“Eu tenho problema dos nervos, a gente sabe controlar nessas horas”. (Efigênia, 21 de agosto de 2006).*

*“Foi uma felicidade quando ele chegou. Parece que estava faltando. Completou, para todos nós; mudou, mudou tudo. Parece que a gente tem mais paciência, tem paciência em cuidar e em tudo que vai fazer. Antes vivia mais nervosa, mais estressada e com ele em casa você manera mais a barra. Mesmo os outros filhos começaram a respeitar, a ouvir um som mais baixo, respeitar a hora que ele está dormindo”. (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).*

Quando as avós estão acompanhando os netos no hospital a mudança em suas vidas é mais intensa, os significantes diferenciam-se, ficam ansiosas, preocupadas, choram, dedicam-se especialmente às crianças.

*“Minha vida mudou porque agora eu tenho muita preocupação, a gente quer ver ele bem, com saúde, então eu fiquei até com medo dele morrer, porque nasceu muito prematuro, ficou internado”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Quando eu soube que ela estava doente eu não tinha sossego, eu ligava pra minha filha e perguntava: ‘Como é que ela está?’ Eu chorava, chorava, pedia oração na igreja”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

*“Os médicos falaram que foi um sucesso a cirurgia, ela tinha hérnia de disco, ela começou a andar agora de tarde. Agora vai precisar de mim como se fosse um neném. Mas até então não, se cuida, escolhe a roupa dela; nunca criei dependente”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

*“Eu nunca passei tanto desespero na minha vida igual eu passei agora, acho que nem quando meu filho sofreu um acidente e ficou internado eu não me desesperei tanto igual quando eu vi ele ali. Para ter idéia, quando saiu do hospital e foi para casa eu não dormia à noite, escutava*



*respirar e já corria lá. Uma que o meu é prematuro, então o cuidado tem que ser especial".* (Guilhermina, 11 de agosto de 2006).

*"Eu estou muito preocupada, porque é uma cirurgia muito delicada, porque ele tem todos os movimentos de braço e perna e a gente tem medo que aconteça alguma coisa".* (Malvina, 11 de setembro de 2006).

*"Minha vida mudou porque agora eu tenho muita preocupação, a gente quer ver ele bem, com saúde, então, eu fiquei até com medo dele morrer, porque nasceu muito prematuro, ficou internado".* (Mafalda, 08 de agosto de 2006).

*"Mas quando eu cheguei aqui que a vi (...). Eu cheguei na cama, apertei bastante ela. Essa semana foi uma coisa, foi uma semana longa, uma eternidade, vai se aproximando, o coração vai se apertando".* (Rúbia, 28 de agosto de 2006).

Elas percebem a mudança nas crianças doentes e sabem que elas necessitam de mais atenção:

*"A relação com o meu neto é difícil. Depois que ele ficou doente, complicou; porque a gente fica gastando e não vê a saúde dele voltar. Isto complica um pouco, não responde a nada".* (Soraia, 05 de setembro de 2006).

*"Doente é mais difícil de cuidar, dificultoso pegar quando está com a aparelhagem, porque se escapa algum aparelho daquele lá já complica, judia de novo. Que nem aquela sonda lá, tem que pegar com o maior cuidado, com o maior sacrifício, que nem ele puxe e nem eu. Fora isso quando está com saúde é tranquilo".* (Ofélia, 02 de agosto de 2006).

*"O exigimento é mais dela, eu acho normal, porque está doente, não tem em quem se apegar".* (Iolanda, 03 de agosto de 2006).

*"Tem muita diferença cuidar da criança doente ou da criança saudável. Quando a criança está doente precisa de um cuidado especial mesmo, para poder recuperar mais depressa. A gente tem que dar o carinho para ela, embora ela não entende muita coisa ainda. Tem que começar por aí, mostrar o amor que a gente tem desde pequenininho".* (Mafalda, 08 de agosto de 2006).

Quando as crianças estão doentes a avó tem que auxiliá-las em tarefas antes básicas:

*"Quando ela está doente tem que ter cuidado melhor, porque quando não está doente, anda, brinca, tudo, agora que eu cuido dela, para dar banho na banheira, tem que segurar bem firme, senão escorrega; para lavar a cabeça, eu não consigo, tenho que pedir ajuda, quando está com a doença tem que cuidar mais".* (Olga, 23 de agosto de 2006).

*"Quando ele está com saúde brinca mais, agora aqui no hospital a gente tem que olhar melhor, já está num lugar diferente, em casa se sente mais a vontade, já tem os lugarzinhos deles, as coisinhas dele".* (Lurdes, 17 de outubro de 2006).

*"Quando está doente tem que tratar com muita atenção".* (Lurdes, 17 de outubro de 2006).

*“Quando ele comia, eu ainda dava comida na boquinha, mas agora, banho não dá para tomar porque não se mexe, eu lavo ele assim e troco e só isso, fazer o que mais, agora não tem mais muito o que fazer, não tem mais (...) agora fica mais difícil”. (Soraia, 05 de setembro de 2006).*

*“Quando ela não está doente faz tudo sozinha, agora não, eu tenho que segurar ela para ela ir ao banheiro, não digo que é mais difícil, porque a gente faz com prazer, faz com carinho”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

*“Quando eles estão doentes é diferente o cuidado, acho que tudo é mais especial, mais atenção, mais carinho para sarar melhor”. (Sebastiana, 02 de agosto de 2006)*

*“A Débora que precisa de mim, a outra neta tem saúde” (Olga, 23 de agosto de 2006).*

De acordo com Atarangy e Posternak (2005, p. 55), “as avós sofrem em dobro, pois sofrem pelo choro do bebê e pela angústia da filha”. As avós têm que cuidar do neto doente e dar suporte à filha para agüentar esse momento de crise; por serem mais experientes elas atuam diretamente com a situação. A situação fica mais crítica quando as avós precisam, por várias razões, assumir o neto e tomar para si o papel de avós-mães cuidadoras. Como no caso, a avó que perdeu a filha em um mês e no mês seguinte o neto, com 7 anos, sofreu um acidente de bicicleta e entrou em estado de morte cerebral. O sofrimento para esta avó foi muito grande e lembrava os momentos em que a criança tinha vida e saúde.

*“Quando ele falava, andava, ah, daí eu tinha vida, falava que ia lavar a louça para vó, tinha muito carinho, era muito bonzinho, eu ajudava a fazer a tarefa, mas mesmo sozinho fazia a tarefa”. (Soraia, 05 de setembro de 2006).*

*“Mas como eu chorei no sábado (hoje é segunda-feira) estou chorando por saber que ela vai passar pela cirurgia, na hora da cirurgia eu fui para casa e ficava ligando para minha filha, já foi? Não foi ainda? Ah, meu Deus, quando foi quinze para o meio dia minha filha me ligou: mãe, acabou de ir para cirurgia, eu me tranquei no quarto, mas eu orei, orei tanto, chorei, chorei, chorei, (chorando no momento) os médicos falaram que foi um sucesso a cirurgia, ela tinha hérnia de disco, ela começou a andar agora de tarde, agora como ela está vai precisar de mim como se fosse um neném”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

As avós participantes do estudo participam junto do sofrimento da mãe em dois ambientes distintos, relatam que auxiliam ou são responsáveis na assistência do neto no hospital e no domicílio. Na instituição, permanecem ao lado da criança para apoiarem as mães e para não abandoná-las sozinhas nos momentos de sofrimento.

De acordo com Pinto et. al (2004, p. 450):

um dos pontos que chama a atenção na família em situação de hospitalização é a maneira como seus membros se envolvem no cuidados à criança, no sentido de se revezarem para garantir o acompanhamento da mesma e para o cuidado de outras crianças da família, além de compartilharem da angústia, preocupação e conquistas dessa situação.

O cuidado da criança em casa e no hospital é confirmado por meio do relato das avós:

*“Cuido bem dela no hospital como em casa, eu fico direto com ela no hospital”.*(Iolanda, 03 de agosto de 2006).

*“Porque não adianta você pegar, pôr uma criança no hospital e abandonar”.* (Ofélia, 02 de agosto de 2006).

*“Quando ela veio para o hospital a casa ficou grande, porque a gente acostuma, e quando vem para cá a gente fica com uma dor no coração”.* (Joana, 03 de agosto de 2006).

*“Aqui no hospital mais ainda, porque vira e mexe, quem está sempre aqui no hospital mais sou eu e não sei dizer não. Eu não vou deixar ela sozinha, eu que sei as picadas que ela tem que levar, não vou deixar ela sozinha, eu não consigo (...)”* (Efigênia, 21 de agosto de 2006).

*“Ficar aqui é melhor do que em casa, quando vou para casa nem durmo direito de noite, a gente fica pensando muito e assim, vendo, fica melhor”.* (Soraia, 05 de setembro de 2006).

*“Aqui no hospital a gente tem que olhar melhor, ele já está num lugar diferente, em casa se sente mais a vontade, já tem os lugarzinhos deles, as coisinhas deles. Adora vir para o hospital. Para ele não muda nada, aqui ele fala que tem um monte de amigos”.* (Lurdes, 17 de outubro de 2006).

No hospital as avós cuidadoras conhecem as regras de funcionamento e adaptam-se com os equipamentos. São também solidárias umas com as outras, partilham o vivido pela outra avó, um mundo de significações, conforme citações de Lenardt (2001, p.70), “um sentir coletivo, com signos de uma dimensão coletiva. A solidariedade e a esperança não se findaram nos corações, principalmente daquelas mais pobres financeiramente”.

*“A gente entende que não pode tocar de uma criança para outra, principalmente porque cada criança tem uma doença diferente. Mas se precisar, no caso, se a mãe pedir para olhar: ‘Ah (...) dá para dar uma olhadinha enquanto eu vou almoçar (...)’.* Mas não dá para sair e deixar o bercinho aberto”.

*“Tem muita coisa que a gente não acha tão estranho como antes. Esse negócio de gaiolinha (...) eu nunca tinha visto, mas não acho tão estranho, porque também não é uma coisa que está ali e não pode tirar. Não (...) a gente tira para arrumar a chupeta”.* (Noemi, 02 de agosto de 2006).

No hospital as avós manifestam comportamentos de defesa, proteção da criança; questionam os procedimentos e sentem-se ansiosas, com medo, inseguras por não entenderem as ações de cuidados dos profissionais de saúde para com o neto.

*“No começo eu não achava certo, eu briguei com as meninas porque eu achava que elas estavam judiando dela. Mas não era, ela gritava, gritava, mas é porque não estava acostumada, daí ela acostumou”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

Durante a permanência no hospital vão se inteirando dos procedimentos e começam a entender a finalidade de cada um:

*“Agora eu já sei bem, meço a sonda, limpo bem, coloco a luva, se tiver cocô a gente tira a fralda, molha um pano com água morna, limpa bem limpadinho, lavo minha mão de novo, coloco luvas”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

*“Ela está com sonda porque não consegue engolir, nem os remédios engole, fica brincando com os remédios na boca”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

Quando elas se tornam mais ativas no processo de acompanhamento da hospitalização passam a exigir da equipe um cuidado de qualidade:

*“Ela sentiu dor porque a veia saiu fora e a menina aplicou dipirona na veia. Quando está na veia você já sente aquela ardenciuzinha, você sente que está entrando algo mais além do soro. Minha neta falou que estava inchando, não estava indo. Aí ela aplicou aquela dipirona toda fora da veia, minha neta sentiu muita dor. Quando foi para tirar o sangue sem problema, a menina veio, tirou o sangue, tirou sangue do outro braço, tirou sangue da orelhinha. A menina aplicou a injeção na borrachinha e minha neta falando: ‘ah (...) vó (...) está doendo’. Eu falei: tem alguma coisa errada aqui, a minha neta não chora. E estava realmente fora. Agora a menina foi lá e retirou a agulha da veia, a mãozinha dela chega a estar alta. Ela foi lá, passou uma pomada e agora está sangrando a beça”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

Pude observar que durante o período hospitalar as avós prestam desde atividade de cuidados simples - como realizar a higiene, auxiliar na alimentação, trocar as fraldas - até as mais complexas – cateterismo vesical de alívio, aspiração de vias aéreas.

Após a alta da criança, muitas vezes as avós e os pais levam para casa um neto/filho necessitando de cuidados complexos, carregam novas atividades em sua vida, as quais irão ocasionar grandes mudanças nos hábitos da família. Apesar dessas

mulheres não terem sido acompanhadas com visitas domiciliares, relatam nas entrevistas a continuidade dos cuidados aos netos em casa.

A família governada pela avó adapta-se às condições de cuidados que exige a doença da criança. Desenvolve habilidades com instrumentos hospitalares, modifica as rotinas desenvolvidas anteriormente à doença da criança. O caminho percorrido diariamente pela avó tem como trilha os cuidados para atingir a saúde do neto, desde as compras para casa até a alimentação consumida estão em função de uma vida mais saudável para a criança.

As avós relatam como cuidam do neto em casa, mostram o quanto foi difícil no início e como foi a adaptação nesta nova tarefa:

*“Eu já acostumei cuidar dela, no começo foi difícil, no começo era difícil os remédios, ter que dar os remédios tudo no horário certinho. Eu tive que marcar tudo num papel e pregar na parede os horários certinhos. Marco eles pelo nome. Em casa toma treze tipos de remédios. Faço comidinha separada também, é sem sal e sem óleo. Quando estamos em casa faço toda a comida igual, arroz, só com água. Come bem em casa, quando está boa para comer; feijão ela não pode comer, não pode comer banana, refrigerante também não. Eu nem compro refrigerante em casa, porque eu tenho dó”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

*“Ele faz cateterismo em casa, não foi difícil aprender porque a gente tenta ajudar o máximo, porque fazendo em casa fica mais à vontade, a gente não demorou muito para aprender, só na máquina que eu demorei um pouquinho mais para pegar, quando estava fazendo a diálise. Em casa os remédios eu dou de dia e a mãe dá de noite”. (Lurdes, 17 de outubro de 2006).*

*“E em casa eu cuido também, tudo que eu vejo ou que a mãe pede para fazer. Vou na casa deles, eu ajudo a trocar, se for necessário, lavo roupa do menino, fico com ele no colo num momento de cólica, tudo que é necessário que eu ajude, que eu veja que agrada aos pais eu faço”. (Maria, 04 de setembro de 2006).*

*“Em casa, eu lavo bem, coloco ela numa banheira, para depois tirar o xixi”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

*“Cuido bem dela no hospital como em casa. No momento essa está precisando mais, está exigindo mais, até lá na casa agora”. (Iolanda, 03 de agosto de 2006).*

*“Quando os netos ficam doentes em casa, se não é grave eu faço um remedinho caseiro”. (Ofélia, 02 de agosto de 2006).*

Descrevem também o cuidado afetivo/emocional com as crianças, dormir com elas, assistir televisão, agradecer:

*“Levo eles todos na minha casa, ligo a TV, fico lá com eles”. (Ofélia, 02 de agosto de 2006).*

*“Em casa ela dorme comigo”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

*“Se precisar posar com ela na casa dela eu vou”.*(Noemi, 02 de agosto de 2006).

### 6.2.3 DOMÍNIO CULTURAL 2 - O APOIO À MÃE: RAZÃO PARA CUIDAR DO NETO HOSPITALIZADO.

As entrevistas etnográficas demonstram que um dos motivos das avós cuidarem do neto no decorrer da hospitalização é o de apoiar as mães das crianças. De acordo com Craig e Winston (1989), toda pessoa, em suas diferentes necessidades pode receber apoio instrumental ou apoio emocional, o primeiro é entendido como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades, em geral, e informação prestada ao indivíduo. Apoio emocional refere-se à afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro.

As avós realizam o apoio financeiro e não somente em ajuda com dinheiro, mas na divisão de responsabilidades, pois elas intercalam com a genitoras o cuidado da criança. Prestam orientações às mães das crianças a respeito da melhor maneira de cuidar. Apóiam emocionalmente também, pois expressam sentimentos de preocupação com o neto e com a sua filha ou nora.

Observei durante as entrevistas que o apoio prestado pelas avós às mães pode ser classificado de acordo com o grau de responsabilidade e o tempo de permanência junto ao neto: elas podem realizar rodízio com as mães dividindo as horas de acompanhamento; podem ficar com o neto quase todo o tempo durante a hospitalização, o que ocorre principalmente na negligência/imaturidade da genitora; ou podem ser integralmente responsáveis pela criança permanecendo a totalidade do internamento com ela e estendendo o cuidado em casa.

Em pesquisa realizada por Marcon (1999), a autora identificou que as mães dão significado ao papel das avós no cuidado às crianças por acreditar que elas têm maior habilidade para lidar com os pequenos e pela colaboração que recebem no compartilhar responsabilidades em relação às mesmas. As mães confiam a elas seus filhos.

As avós apóiam as mães adolescentes quando as genitoras reagem com simbologia negativa diante da criança. Frente a aceitação, as avós permanecem

acompanhando o neto em razão das atitudes de insegurança demonstrada pela genitora. O “assumir” a gravidez vem como um “castigo” encoberto por racionalizações que visam preservá-la (COATES e SANT’ANNA, 2001). Ou seja, são mulheres que não conseguem entregar-se totalmente no cuidado do filho. Em outros casos, mesmo não adolescentes existem mães que não se dedicam ao filho, segundo Becker (1994, p. 64), “existem mulheres que não se consideram motivadas ou preparadas para assumir a maternidade”.

O significado do nascimento do filho pode ser diferente para algumas mulheres, relacionado à sua significação neste novo papel de cuidado. Para Lalive d’Epinay (1995), a maneira pela qual uma pessoa vive a sua vida é organizada com base em imagens e representações. A representação que a mulher tem do rito de nascimento do seu filho irá determinar a aceitação e dedicação.

“Ao vivenciar o nascimento como um rito de passagem, as pessoas que estão nele envolvidas (principalmente as mulheres), (...) auxiliam a expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais que precisam ser definidos ou redefinidos durante o processo do nascimento” (MONTICELLI, 1997, p.18-19). E nem sempre a mulher-mãe consegue definir esse papel, nesse caso o apoio da avó é primordial.

Outra simbologia de apoio da avó é à mãe que trabalha, situação que cresceu nos últimos anos. De acordo com Tubert (1996, p. 120), “a industrialização gerou um novo tipo de mãe que trabalha fora de casa durante 12 a 14 horas diárias e retorna ao lar extenuada e impossibilitada de assumir as tarefas domésticas e maternais mais essenciais”. O significado da mulher do mundo moderno diferenciou-se, ela exerce jornada dupla, tripla, com o intuito de conseguir prover suas necessidades psico-sócio-econômicas e da família. Neste caso a avó da criança é o suporte que a genitora encontra para auxiliá-la, desde as tarefas mais corriqueiras até no aspecto educacional do filho. O que confirma Schier et al. (2003, p. 64), “em nossa prática diária temos observado, dado às mudanças nos modos de subsistência das famílias, as mulheres tendo de sair em busca de trabalho, fora do lar, as avós têm se incumbido do cuidado da casa e dos netos pequenos”. A avó passa a assumir um significado de mãe

provisória para a criança, adquire funções da genitora em sua ausência ou torna-se totalmente responsável pelo neto.

Informações essas complementadas por Brito-Dias (1994) e Ferreira (1991), ao comentarem que em muitos países os avós assumem não apenas a responsabilidade de cuidar de seus netos – como, por exemplo, quando os pais deixam os filhos sob seus cuidados durante o tempo que passam fora de casa para trabalhar –, mas também auxiliam na educação das crianças, transmitindo experiências, valores e crenças.

Muitas vezes confirmam o apoio das avós em virtude das novas estruturas familiares existentes, com sobrecarga à mulher das responsabilidades na família. De acordo com Althoff (1996, p. 37):

os estudos sobre a família têm revelado que, na maioria das vezes, cabe à mulher a responsabilidade do cuidado dos filhos e a manutenção da estrutura familiar. Pais ausentes, que abandonam as suas famílias pela separação conjugal ou principalmente, em decorrência das causas sociais, têm contribuído para o aumento de famílias monoparentais.

As mulheres quando estão sozinhas, sem seu esposo, têm a sobrecarga de cuidar do lar, dos filhos e ainda manter um emprego para sustentar a si e a seus dependentes. Pela experiência de vida as avós trazem equilíbrio à inexperiência das filhas em assumir todas as responsabilidades de uma família. Ela toma para si parte da responsabilidade que caberia ao pai se estivesse presente.

O divórcio é um signo de grande rompimento no processo do ciclo de vida familiar, afetando os membros da família em todos os níveis geracionais, tanto a família nuclear como a ampliada. Ele provoca uma crise para a família como um todo e também para cada indivíduo que a compõe, aumentando a complexidade das tarefas desenvolvimentais que o grupo familiar estiver vivenciando no momento em que ocorrer (CARTER e MCGOLDRICK, 1995).

As afirmações acima são confirmadas por meio das confissões das avós:

*“Eu vim ficar com o Nicolas aqui porque a Daniele precisa e eu acho que tenho que ajudar. Eu que sou mãe, se não puder ajudar, quem vai ajudar? Precisa descansar, está de dieta (...) Tomar banho, toma aqui. Comer, come aqui. Mas precisa sair lá fora um pouco, deitar na cama dela, dormir um pouco, ver o outro neném”. (Noemi, 02 de agosto de 2006).*



*“Aí aqui a gente vem cuidar dele porque a mãe não pode ficar sempre por causa do trabalho. E não dá para deixar ele sozinho. Sempre tem que ficar atendendo o que pede” (...)* (Ivone, 04 de outubro de 2006).

*“Mas eu me sinto útil em cuidar dele. A gente está dando apoio nessa hora que precisa”.* (Lurdes, 17 de outubro de 2006).

*“Eu estou vindo aqui para ela descansar um pouco. Tenho que colaborar”.* (Joana, 03 de agosto de 2006).

*“A gente vai se revezando, para ela não se cansar muito e nem eu. Ela fica um dia e uma noite e eu fico uma noite”.* (Malvina, 11 de setembro de 2006).

*“A gente vai revezar, numa semana de tratamento a mãe vem, na outra eu venho”.* (Iolanda, 03 de agosto de 2006).

*“Eu ajudo, mas a mãe que cuida, a mãe não trabalha fora, mas era meio a meio, nós nos dividíamos, mais de madrugada. De manhã ela que cuidava”.* (Ofélia, 02 de agosto de 2006).

*“Estou vindo aqui para ela descansar um pouco, tem que colaborar. Mas ela é bem responsável, ajuda bastante. O pai da criança não ajuda a cuidar”.* (Joana, 03 de agosto de 2006).

*“É separada, o pai da criança foi embora ela tinha 1 ano e meio”.* (Iolanda, 03 de agosto de 2006).

*“A mãe e o pai dele não convivem mais juntos, são separados, então a cada 15 dias, por ordem do conselho, ele vai na minha casa”.* (Ivone, 04 de outubro de 2006).

Em outros momentos as famílias chegam a contratar profissionais de enfermagem para dar apoio nestes momentos.

*“Os pais são os responsáveis, eu ficava sempre durante o dia e à noite, a mãe. A gente está economizando um pouco com a mãe e estamos colocando uma enfermeira à noite para ficar e eu fico durante o dia, então seria das 7 da manhã às 21 horas da noite”.* (Maria, 04 de setembro de 2006).

Após todas essas observações percebi, em algumas situações, a crença das avós em que a mãe não consegue suportar o tempo de permanência com o filho, afetando até mesmo, a sua própria saúde. De acordo com Furtado (2003) no período de permanência da criança no ambiente hospitalar, as dificuldades relatadas dizem respeito, primeiramente, ao sofrimento da mãe em presenciar e compartilhar o sofrimento do filho, pontuado principalmente pelos procedimentos dolorosos e invasivos impostos pelo tratamento, bem como pelo tempo de espera até a definição do processo terapêutico a ser adotado, gerando ansiedade e medo. As mães consideram o

ambiente hospitalar repleto de símbolos que transmitem sofrimento à ela. Eco (1977) considera símbolo como uma definição de signo, entidade figurativa ou objetual que representa, por convenção ou por causa das suas características formais, um valor, um acontecimento, uma meta (...).

A fragilidade física é freqüentemente visível nas mães, sofrem junto à criança e a cada dia percebe-se o esgotamento físico e mental, o organismo não suporta e os sinais manifestam-se. Algumas mães, mesmo com a saúde debilitada, insistem em permanecer acompanhando os filhos, mas aí entra o papel da avó desejosa em ajudar.

*“Eu estou vindo para minha nora descansar. Ela também não anda bem de saúde. Estava com pneumonia no hospital. Até ela saiu daqui e ficou em observação num posto 24 horas. Não se cuida também. Tem que se cuidar para cuidar bem do filho, tem que ter força, é miudinha demais e fraquinha, não agüenta. Ele gruda nos cabelos dela e ela pede socorro: ‘Por favor, tira as mãos dele dos meus cabelos!’”.* (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).

*“Tinha os dois. A filha e ele que ficaram doentes ao mesmo tempo. Tinha que atender os dois ao mesmo tempo. Não foi fácil não: dois doentes numa casa. Minha filha tinha pneumonia dupla e depressão. Agora, para entrar dentro da minha casa fica difícil. Eu já estou há mais de três meses fora, lidando com doenças. Mas fazer o que (...)”.* (Soraia, 05 de setembro de 2006).

*“A mãe dela também é doente, também tem lúpus. A gente vai revezar: numa semana de tratamento, a mãe vem; na outra, eu venho. Ela tem que fazer hemodiálise três vezes por semana”.* (Iolanda, 03 de agosto de 2006).

As avós acreditam que as mães, hoje, necessitam de maior apoio, apesar de considerarem a vida contemporânea repleta de opções.

*“Eu casei com 16 anos, novinha. Criei os meus filhos sem ajuda de sogra, de mãe, de ninguém. Mas, hoje em dia, essas meninas (...) parece que a gente tem que estar em cima, tem que estar ajudando, tem que estar falando. A gente criava sozinha e era no interior; água tinha que buscar na bica, a roupa você tinha que lavar lá no rio. Era difícil. Agora, tem tudo: luz, água na torneira, tem tudo facinho e ainda é tão difícil para esse povo. Eu mesmo não acho nada difícil. O que eu vejo, na minha frente, estou fazendo, estou ajudando. E hoje, ficar de olho é pouco: você tem que ficar orientando, ajudando. O que está na minha parte, eu estou ali; o que eu sei fazer, o que eu posso ajudar”.* (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).

*“Com os meus filhos, eles tiveram mais liberdade. Eu não tive o conforto que eles têm hoje. Nós somos pobres. Eu andei muito a pé que não tinha ônibus. Eles andam de ônibus, de carro. O pai deles tem um carrinho velho, mas tem. Meu marido tem moto. Às vezes, me leva na igreja. E eu não tive isso. A vida está mais favorável do que era a minha”.* (Rúbia, 28 de agosto de 2006).

Segundo Dessen e Braz (2000, p. 222), “as mães apontam o suporte do marido/companheiro como o principal dentre os apoios recebidos e, em segundo lugar, o de suas próprias mães”. As avós possuem para as mães um valor simbólico, são vistas como um “signo” de apoio, representam algo para elas.

Em outros casos, o apoio às mães é oriundo das sogras, a avó paterna. Isto ocorre por uma série de razões, entre as quais se destacam: o descaso da família da gestante com a sua gravidez, a não aceitação deste fato, ou mesmo a expulsão da mãe do meio familiar.

*“A mãe dela não dá apoio ‘porque você é uma irresponsável, está recebendo o que merece (...)’ Na hora de ter que receber um grande apoio da mãe, num momento tão preciso. Aí eu fiquei com pena dela porque é uma menina legal, uma menina direita. Não é dessas que hoje está com um, amanhã está querendo outro. É de muito respeito, então merece todo o apoio do mundo. O que eu posso dar para ela eu estou junto, a hora que for preciso. Se precisar, eu não vou fingir que eu não vejo, não. Não adianta você empurrar a situação com a barriga e fingir que não vê, porque tem muita gente hoje em dia que enxerga e finge que não vê. A gente não pode fazer assim. Tem que enxergar com os dois olhos”. (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).*

Durante o período de hospitalização o suporte prestado às mães é intensificado pelas avós, dedicam-se inteiramente ao cuidado da criança. Segundo Pinheiro e Lopes (1993) e Sadala e Antonio (1995), a doença e a hospitalização podem se constituir em experiências dolorosas e desagradáveis para a clientela infanto-juvenil. A criança no ambiente hospitalar está restrita de suas atividades rotineiras, são submetidas a procedimentos desconfortáveis e dolorosos. Além do sofrimento da criança é nítido a mudança no simbolismo familiar, todos os membros são afetados quando um deles está doente, a doença traz um significado de vida diferente. “A situação da enfermidade acontecendo dentro do núcleo familiar, faz conexão e afeta todas as estruturas que servem para a organização de seus ambientes internos e suas relações externas” (DALLALANA, 2003, p. 62).

As avós abandonam muitas de suas atividades para acompanhar o neto no hospital, passam horas do seu dia e noite sentadas ao lado dele, realizam rodízio com os pais da criança. Algumas ficarão anos dedicando-se aos netos, por serem crianças portadoras de patologias crônicas com necessidade de cuidados para o resto da vida.

*“Tenho que ajudar agora que ela precisa de mim, que eu tenho saúde, força, vontade, tranquilidade para poder cuidar dele. Quando ele crescer e quando ela tiver condições melhores, não vai mais precisar de mim. Então eu tenho que ajudar minha filha agora. Que mãe seria eu se eu não apoiasse ela numa hora de precisão?”* (Malvina, 11 de setembro de 2006).

*“Eu não sou responsável por ele. Eu estou cuidando dele porque eu criei, bem dizer. Os filhos me ajudam a cuidar, sempre vem um ou outro. Quando minha filha estava comigo mais, eu que cuidava porque ele saía comigo. Ela estava trabalhando o dia inteiro”.* (Soraia, 05 de setembro de 2006).

*“Esse pequenininho mora comigo desde que nasceu, eles eram gêmeos, eu falei com a minha filha, deixa um comigo que eu cuido.”* (Lurdes, 17 de outubro de 2006).

#### 6.2.4 DOMÍNIO CULTURAL 3 - EDUCAÇÃO DO NETO EM FAMÍLIA: AS AVÓS SÃO FONTES SIMBÓLICAS DE TRANSMISSÃO DE VALORES

De acordo com Biasoli-Alves (1994) transmitir padrões, valores e normas de comportamento da cultura de pertencimento faz parte do papel da família, enquanto primeiro ambiente socializador da criança. Esta transmissão de valores e símbolos às crianças tem início em seu lar de origem. Conforme Kaslow (1994), a atmosfera familiar, as atitudes, os valores e os relacionamentos na família nuclear são o meio crítico inicial pelo qual a personalidade da criança toma forma; é esse ambiente que lhe dá condições para elaborar uma imagem a respeito de si mesma, dos outros e do mundo; é ele que lhe permite moldar valores e provê o arcabouço necessário para que ela venha a ter sentimento de pertencimento e significado; é nele que estarão dimensionadas as práticas de educação; nesse ambiente em que a criança vive os primeiros anos estarão estabelecidas as formas e os limites para as relações e interações entre as gerações.

As avós entrevistadas afirmam que a alegria, bom relacionamento, educação e amor são os componentes fundamentais para a vida em família e a formação da criança, sem mencionar a importância das condições sociais ou econômicas, o fundamental segundo elas é como a criança é criada.

*“É uma família, jamais pode se separar, você casa, tem os teus filhos e torna-se uma avó, ou avô, que seja. As crianças têm que ser criadas num lar com alegria, vendo os pais, vendo os avós tendo bom relacionamento, isso é um futuro abençoado para a criança. Porque ela não se cria num lar com avós brigando, ou pais brigando, é uma bola só, jamais alguém sai fora ali de dentro, é uma família. Isto para mim é muito importante, eu fui criada num lar em que todos se davam bem, sem discussão, era amor um com o outro e isso me levou a ser uma pessoa alegre, uma pessoa feliz. Mesmo que minha mãe partiu quando eu era tão bebê e eu estou conseguindo passar isso para o meu neto, o que eu recebi eu estou passando, se eu não tivesse recebido isso, teria sido uma experiência horrível para mim, e eu ia tenta apagar isso tudo para jamais passar isso pros meus netos, eu digo meus, porque eu tenho certeza que eu vou ter mais. Eu sempre digo para os meus filhos, o que é ruim não se leva, se leva só o que é bom e procura passar para outras pessoas. Porque hoje em dia as nossas crianças estão um caos, são crianças abandonadas, crianças mal-educadas e sem uma estrutura numa família, sem uma base, uma educação, sei lá, como vou te dizer, faltando tudo. Então um lar, uma situação financeira boa ou não, a educação é independente disso, o amor é independente. Talvez você ouve assim: ‘Ah... é fácil criar um filho, um neto bem financeiramente’. Bem financeiramente ou mal, o amor está dentro de cada um, isso aí é independente da vida financeira, eu sempre digo isso”. (Maria, 04 de setembro de 2006).*

Muitas das avós são responsáveis pela transmissão de significados, valores e a formação das crianças, diretamente no convívio com os netos em momentos de lazer ou na função de mãe-avó da criança. De acordo com Znaniecki, apud Mello (2002, p.42-43), “um valor se distingue de uma coisa porque possui um conjunto de significados, enquanto a coisa possui apenas conteúdo. Pelo conteúdo, o valor se distingue como objeto empírico de outros objetos; pelo significado o valor sugere outros objetos com os quais foi associado no passado”. As avós transmitem aos netos experiências vividas em gerações anteriores ricas em conteúdo, em histórias, em ensinamentos.

As cuidadoras acreditam que é fundamental sua presença junto aos netos, consideram-nos como propagadores da cultura familiar no futuro. Elas transmitem valores por meio de signos como respeito, educação, atenção, responsabilidade, sociabilidade, os quais são percebidos por outros membros familiares e por pessoas próximas que convivem com a criança. Leach (1976, p. 102), comenta que a função do signo é “comunicar idéias por intermédio de mensagens, ou seja, o signo tem o objetivo de transmitir uma informação, fazendo parte assim de um processo de comunicação”. A avó utiliza-se de signos para levar a informação à criança, mensagens de educação, atenção, responsabilidade e sociabilidade.

A educação da avó ao neto é considerada sob o aspecto cultural, conforme Chauí (1995, p.294), “a cultura tem sentido de criação simbólica da lei, isto é, de sistemas de interdições e obrigações, estabelecidos a partir da atribuição de valores a coisas (...), humano e suas relações (...)”. É um sentido de formação da criança, como ela aprende a maneira ideal para o seu estilo de vida, com princípios morais de fundo cultural.

*“É muito importante a presença da avó junto com o neto, até depois de grande. A influência que a avó tem sobre o neto é muito importante. Eles vão aprender e passar mais tarde para os próprios filhos. A educação, o que é respeitar pai e mãe, não só pai e mãe, os de fora também. Porque educação e respeito vem dos pais, mães e dos avós que ajudam. Porque se você sabe educar uma filha ou uma neta, quando você vai conversar com alguém sabe conversar, sabe respeitar. Muitas pessoas que vinham falar comigo diziam: ‘Parabéns, vocês educam muito bem seus filhos, vocês sabem educar’. Não são de responder mal, eles sabem como tratar as pessoas. Tanto é que a menininha tem três aninhos e sabe como se comportar, ela nunca diz me dá, ela olha para gente e fala: ‘Dá para fazer o favor de você me dar?’ Porque foi isso que eu passei pra ela, e a mãe passou, se você dá alguma coisa ela te agradece”. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).*

*“Eu aprendi tudo com a minha mãe. Quando a gente era pequeno, se vinha visita em casa, as crianças tinham que sair para fora para brincar, não podiam ficar escutando conversa de adulto e aí se a gente entrasse na sala quando tinha visita, todo mundo apanhava depois para aprender a não fazer mais. Eu ensino educação para os meus netos, a cumprimentar as pessoas, as pessoas mais velhas, dar ‘bença’. Quando a gente ganha alguma coisa falar obrigada. Quando desobedecem a gente briga, dá uns tapinhas na bunda, foi assim que a minha mãe ensinou”. (Joana, 03 de agosto de 2006).*

As avós vêem o cuidado com o neto como sua segunda chance em auxiliar ou criar uma criança e agora, com mais experiência, não cometendo os mesmos erros de anteriormente.

*“Ser avó é meio mãe, tem que saber educar. Eu vejo muita avó enchendo o neto de presente, de mimo. Não pode cometer os mesmos erros que cometi com os filhos”. (Noemi, 02 de agosto de 2006).*

Na educação das crianças as avós alegam que possuem táticas em conquistar os netos, sem puni-los, conhecem o “jeitinho” especial para que obedeçam, sabem a simbologia de negociar, trocar, impor limites, conversar, mostrar o que eles fizeram de errado. Autores como Skinner (1993), questionam a punição enquanto técnica educativa, pois a longo prazo, ao contrário do reforço positivo, traz desvantagens tanto para o organismo punido como para a agência punidora, gerando emoções negativas e

predisposições para fugir ou contra-controlar. Para Skinner (*op cit*), o significado da punição pode reduzir o comportamento punido de forma imediata, mas esse resultado não se mantém a longo prazo.

Algumas avós são contra a punição para a criança, como nos relatos:

*“Bater em criança não educa, mas você tem que conversar”.* (Efigênia, 21 de agosto de 2006).

*“Tudo vem da gente, saber educar, saber falar. Os meus filhos nunca precisaram apanhar, nunca dei um tapa nos meus filhos. Toda vida quando eles estavam fazendo errado eu colocava eles de castigo, colocava sentado para eles entenderem, ou tirava alguma coisa que gostavam e falava que quando comessem a fazer certo: ‘Vocês vão ganhar de novo o que vocês perderam’. Outras vezes quando faziam alguma arte eu colocava eles sentados num cantinho, sabiam porque estavam ali. Eu sabia a hora de por e a hora de tirar também, não maltratava as crianças, bater ou surrar não educa, hoje em dia a gente vê no mundo aí fora: violência... violência”....* (Efigênia, 21 de agosto de 2006).

*“Os filhos tomam tempo e muitas vezes as mães estão ocupadas. Minhas meninas dão aquela barde que eu não dou. Só que eu não brigo com eles; está chorando porque quer isso, ah (...), isso não pode, porque “agora” isso não pode, mas a vó vai dar outra coisa, vamos achar um brinquedo, e a vó vai lá e acha um brinquedo. E as mães não, para não ver o filho chorar elas dão aquilo”.* (Bernardina, 20 de outubro de 2006).

As avós reconhecem que o excesso de agrado, permitir todos os desejos do neto, não o auxilia a adquirir valores importantes em sua formação. De acordo com Silva (2000), no contexto educativo faz parte dialogar, perguntar, expressar sentimentos, expressar opiniões e estabelecer limites. A avó agrada, sim, mas com limites.

*“Eu mimo bastante, gosto que fique no colo o tempo inteiro, Eu dou canja, eles ficam muito mal acostumados, pego no colo, embalo, não tem como não deixar mal acostumado, enquanto eu viver vai ser assim. Eu sempre gostei de criança, se apegava com o neném”.* (Josefa, 25 de outubro de 2006).

*“Vó não tem que fazer tudo o que o neto quer, muitas vezes a gente ia no mercado e ele mesmo que colocava as coisas no carrinho. Muito neto só fica escolhendo as coisas boas, mas ele não, ele não queria isso”.* (Soraia, 05 de setembro de 2006).

*“Não dou mimo de vó porque isso estraga a criança, não sou vó de ficar dando presente, aliás, eu nem dou presente mais, só quando precisa”.* (Noemi, 02 de agosto de 2006).

*“Ele tem um tio que gasta cinquenta reais para comprar um carrinho, podia ter comprado pão e leite. Não digo que nunca dar um carrinho, lá uma vez ou outra, num aniversário, no Natal, para agradar, mas não só para fazer a vontade da criança, porque daí a criança vai e fala: ‘Viu, você não comprou, mas meu tio comprou’.* (Bernardina, 20 de outubro de 2006).

*“Minha neta falou esses dias: ‘Ah, vó eu não gosto mais de você’. Você não gosta mais da vó por que eu não dou todas as coisas que você quer? (...) Então você não vai gostar da vó”.* (Bernardina, 20 de outubro de 2006).

No decorrer das gerações os valores transmitidos passaram por alterações, o que inquieta extremamente as avós. Segundo Leite (2004, p. 56), “no caso dos avós a preocupação vem acompanhada da comparação com os tempos passados, nos quais a educação era diferente. Apenas com um olhar, os pais transmitiam aos filhos o que queriam”.

Hoje as tendências nas relações e nos diálogos em família não são mais “verticalizados”, o mandar e o decidir não emergem somente dos pais ou avós, associa-se o respeito pelo outro, mesmo que este seja uma criança.

*“Eu acho que as meninas (as mães) não tem paciência, elas não têm paciência por causa do dia- a- dia, a gente que vê de fora tem outra visão”.* (Bernardina, 20 de outubro de 2006).

*“As crianças hoje, têm tudo, as mães pegam no colo, faz isso, faz aquilo e meus filhos não tiveram isso, eu não tive tempo de fazer isso, então agora a gente se apegamos nos netos, dá mais tempo também”.* (Bernardina, 20 de outubro de 2006).

De acordo com Tiba (2002, p. 177):

há muitas diferenças nos relacionamentos entre avós e netos e pais e filhos. Os avós vivem outro momento de vida. Já criaram os filhos, percebem que muitos fatos são relativos e que tempo precioso é perdido na preocupação com irrelevâncias enquanto se deixa passar o que pode ser sério. E agora, diante dos filhinhos dos filhos, têm tempo livre (que os pais nem sempre têm), afeto disponível e, muitas vezes, dinheiro suficiente para dar aos netos.

As avós vivem um outro momento, dão importância para a formação do neto, preocupam-se em ficar junto deles, ensinar-lhes. Contudo, o grau de envolvimento da avó na educação da criança depende em como os pais exercem essa função, representa diversas simbologias.

Quanto mais bem-sucedidos são os pais, menos os avós interferem. Ainda mais quando se trata de avós que moram na casa do filho e se colocam como dependentes dele. Já quando são os pais que moram com os avós, a situação se complica, pois eles se acham no direito de educar os netos (TIBA, 2002, p. 179).



Quando os avós não possuem muito contato com os netos, ou seja, quando só os vêem em situações de visitas, quando os pais cumprem a função de educadores, as avós dão autonomia aos genitores, mas se isso não ocorre sentem-se na obrigação de interferir.

As avós percebem déficit de transmissão de valores às crianças pelos pais. Quando são responsáveis pelo neto têm consciência que não devem interferir em demasia, sabem que a autoridade é dos pais. Além disso, outros membros familiares podem querer envolver-se (outra avó) com opiniões divergentes às suas:

*“A avó tem importância grande com o neto, só que a avó não pode tirar a autoridade da mãe, ela tem que dar aquele carinho”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).*

*“Mas eu sou a sogra da mãe dela, a mãe dela só acata o que a mãe fala, então eu não podia opinar, eu opinava e ela falava para o meu filho que a gente estava interferindo, eu deixei de mão, ela passou a morar com a outra avó, daí ficou diferente, ela tem totalmente um descontrole de horário de comida, de tudo quando está lá”. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).*

*“Eu eduquei e criei totalmente diferente, eu acho que criança deste tamanho tem mania de dar tapa, se você corrige na primeira vez, não faz mais na segunda. Não bater, porque bater em criança não educa, mas você tem que conversar, e essa daqui, desde pequeninha, ela bate, ‘Eles acham bonito, acham bonitinho, tem mania de dar tapa no rosto da gente, as outras filhas delas que ela tem, ela deixa as meninas fazerem o que querem com todo mundo, não respeita pai, não respeita mãe, não respeita ninguém’. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).*

As avós comparam a educação recebida por outros familiares com aquela que dedica ao neto. De um modo geral as avós auxiliam, complementam, mas muitas delas acreditam que somente o que transmitem é o correto. Para Tiba (2002, p. 176): “educação é responsabilidade dos pais”.

*“A outra neta não, ela ficou comigo até fazer um aninho, eu dei a educação que eu tive, tem três aninhos, mas é uma educação fora de série, ela não passa por você sem pedir licença, se ela quer um copo de água ela fala: vó, faz o favor, me alcança um copinho de água, tudo que eu ensinei para a mãe passou para ela”. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).*

*“Eu acho muito importante a relação da avó com o neto, mas tudo tem o seu limite, a avó não pode interferir na educação dos pais com o filho, ela tem que ficar neutra, eu sempre tive essa opinião, então eu acho muito importante o contato da avó com o neto, a participação, seja em só brincar”. (Maria, 04 de setembro de 2006).*

*“Na participação do dia-a-dia então, digamos, uma criança saudável, se eu tivesse sido avó de uma criança e nós estaríamos em casa, eu tenho certeza que seria muito importante a minha presença com o meu neto. Como é muito importante, claro, a presença da mãe com os filhos,*

*mas tudo dentro de um limite, a minha opinião é essa, jamais eu passar na frente dos pais”* (Maria, 04 de setembro de 2006).

*“Minha participação é ajudar, mas não interferir”.* (Maria, 04 de setembro de 2006).

*“A avó tem importância grande com o neto, só que a avó não pode tirar a autoridade da mãe, ela tem que dar aquele carinho, mas sem... Por exemplo a mãe vai lá e fala aquilo lá não pode pegar e o neto vem: ‘Ah...Vó, posso pegar?’ Tenho que falar não também”.* (Bernardina, 20 de outubro de 2006).

#### 6.2.5 DOMÍNIO CULTURAL 4 - CRENÇAS TERAPÊUTICAS E RELIGIOSAS: FONTES SIMBÓLICAS DE APOIO À AVÓ CUIDADORA

De acordo com Lopes, Neri e Park (2005), os idosos podem cuidar, transmitir informações culturais resgatadas de suas memórias e conhecimentos adquiridos por meio da experiência. A experiência oriunda das avós no cuidado para com o neto é transmitida de geração a geração (de suas bisavós, avós, mães); ou cuidados apreendidos em seu dia-a-dia na convivência com as crianças, enraizados no aspecto cultural tanto familiar quanto da origem do povo.

A percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico (UCHÔA e VIDAL, 1994). Ou seja, as avós baseiam-se nessa rede de símbolos para agir diante do problema de saúde.

Valorizam os ensinamentos recebidos, adquirem confiança nos mesmos e os ensinam às mães das crianças.

*“O cuidado que eu sempre tenho é no banho, fechar as portas e as janelas, para não entrar aquele ar frio. E não sair com a criança já lá fora, dar o banho, trocar e sair, eu não faço isso. Esse cuidado a minha mãe teve com os meus quatro e eu tenho com ele, eu corrijo a mãe dele”.* (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).

*“O que eu penso é assim: os antigos, as pessoas mais antigas e tal, eles tinham um sistema de vida, de viver, e sempre deu certo, tanto que eu estou aqui, minhas irmãs estão aqui, pessoas mais velhas do que eu (...) nunca tiveram problema sério de saúde, nunca tiveram nada. Minha mãe tinha um estilo de cuidar, ela aprendeu dessa forma. Eu penso que os antigos tinham*

*alguma sabedoria; eu acho que é muito válido você cuidar dessa forma e não custa nada. Só vai fazer o bem, só vai trazer benefício para o bebê". (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

*"Antigamente a gente cuidava mais do jeito da gente, do jeito antigo, mas só que hoje é diferente, de primeiro morávamos na roça. A vida (...) a gente era fraco de vida, pobre e às vezes não podia comprar uma fralda direito pros filhos; partia as costas das camisas, lavava bem, passava, aquilo ali que era a fraldinha do nenê; rasgava lençol que já estava meio velho e fazia aquelas fraldinhas, mas tudo limpinho, tudo passadinho e limpinho. Então a gente cuidava diferente (...) e hoje tem toda essa facilidade de fralda descartável, é tudo mais fácil da gente cuidar dos nenéns hoje". (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

De acordo com Kleinman (1980), o sistema de saúde do indivíduo é formado por três setores: o **profissional**, caracterizado por profissões de cura organizadas, biomedicina, homeopatia, medicina chinesa; o **folclórico**, formado por especialistas de cura, porém sem regulamentação oficial, como curandeiros, uso de ervas e o **popular ou familiar**, onde estão representadas as famílias, amigos e vizinhos próximos do doente.

A medicina popular se manifesta em duas áreas distintas: a caseira, baseada principalmente nas ervas medicinais e a medicina religiosa, relacionada especialmente às benzeduras e promessas. O foco na medicina caseira deu-se principalmente no uso de chás e na medicina religiosa com simpatias (QUEIROZ, 1991).

As avós, durante as entrevistas, declararam utilizar o setor popular e folclórico com mais frequência e partem para o profissional quando a doença não é curada por meio de chás medicinais ou rituais exercidos por benzedadeiras. Nesse momento as avós respeitam e consideram o cuidado prestado pelos médicos e farmacêuticos aos seus netos. A via escolhida para a significação da cura segundo Lenardt (2001, p. 109), "é o discurso que identifica a garantia no outro, no profissional":

Durante as observações e entrevistas etnográficas constatee várias práticas populares de cuidado prestadas pelas avós aos netos. "Práticas populares são legitimadas, inseridas no contexto cultural (...) fazem parte do senso comum e geralmente não são questionadas, apenas acreditadas" (LENARDT et al., 2005, p. 22).

As práticas populares muitas vezes não apresentam embasamento científico, são atitudes que um indivíduo toma para consigo e para o outro, sem questionamentos, somente acredita. As práticas de cuidado, citadas pelas avós, estão relacionadas ao

corpo da criança; são contato com correntes de ar, massagens, compressas, posições, alimentação (chás, mel) e agasalhos. As avós utilizam artefatos para o cuidado com o corpo da criança, com o intuito de promover sua melhora. Geertz (1989), entende que os artefatos são objetos portadores de significados que minimizam o sofrimento do evento presente.

Segundo FERREIRA (1998, p. 55):

os indivíduos vivem a realidade biológica enquanto trabalhada pela cultura. As representações de corpo, saúde e doença são uma realidade advinda da experiência dos indivíduos. O corpo surge então não apenas como objeto de representação, mas como fundamento de nossa subjetividade. As práticas de cuidado do corpo são orientadas por uma lógica que resulta da experiência social e, com base nesta, produzem-se interpretações que adquirem significado a partir de processos compartilhados no cotidiano.

Menos freqüentes são as atitudes de cuidado relacionadas ao psicossocial da criança, mas também fonte de preocupação e comportamentos: conversar, brincar com o neto. Na conversa e na brincadeira o principal recurso das avós é a linguagem, de acordo com Corona (2004, p. 73), “as palavras são instrumentos que nada significam por si mesmas, mas a crença de que elas significam algo foi igualmente universal em tempos passados. Só quando um pensador as usa é que elas representam alguma coisa ou, em uma determinada acepção tem significado”. Quando as avós utilizam-se da linguagem com a criança, enriquecem sua transmissão de valores a elas, suas palavras têm uma representação cultural.

*“Como enxugar o vão dos dedinhos; fazer arrotar depois que mama, enquanto não arrotar, não põe na cama, tem gente que não liga, já coloca. Ensinei sempre deixar ele dormindo de lado, nunca de barriguinha para cima. Chazinho de camomila, chazinho de funcho, massagem na barriguinha se tem alguma cólica, compressa. Essas coisinhas assim (...); não deixo tomar vento, colocar toquinha e uma série de coisas que vieram da minha mãe para mim e eu cuidei da minha filha e do meu filho assim”. (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

*“A gente brinca com eles falando em alemão. Quando dá banho tem que cuidar para não levar eles para o vento. Tem que brincar bastante, quanto mais brinca, quanto mais conversa melhor é para eles. A gente gosta que fiquem com bastante roupa; aqui no hospital a gente acha que ficam tão sem roupa (...) chazinho sempre, chá de camomila, o coentro. A erva-doce é bom para dor de barriga, calmante. Para dar banho bota um pouquinho de cachaça na água para não dar alergia nele”. (Graça, 12 de setembro de 2006).*

*“Criança é igual passarinho, está bem agora, daqui a pouco não está mais, desde um vento que ele tome, pode estar aquele calorão. Não pode deixar a criança pelada, principalmente a parte do peito tem que ficar sempre protegida, por mais gorda que a criança seja, às vezes é uma gordura falsificada”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).*

*“O que eu gosto de dar é mel, aquele mel de eucalipto que tem os desenhinhos das abelhas. Quando eles começam a tossir já dou uma colherzinha para cada um, às vezes vão até lá em casa com pão: ‘Vó, eu quero mel com pão’”. (Ofélia, 02 de agosto de 2006).*

*“A gente sempre passa alguma coisa para eles, no jeitinho de fazer dormir, botar melzinho no bico para quando choram. A gente faz papinha com maisena, não compra essas papinhas prontas”. (Graça, 12 de setembro de 2006).*

*“Chazinho de coentro, manjerona, orégano para gripe é muito bom. Quando ela era pequenininha colocava óleo de rícino no umbigo, que era próprio para o umbigo”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

*“Eu dou chá de camomila, se não melhorar a gente leva pro médico, o chá de camomila tira a febre, dá melhora de dor. Chá da folha de laranja, ele é bom, mas não dá para pegar friagem”. (Ivone, 04 de outubro de 2006).*

*“Quando eu era pequena e eu ficava com dor de barriga minha mãe dava chá de macaé, mas não me lembro muito bem não porque a gente morava muito longe da cidade. Antigamente, quando a criança tinha hepatite, que antigamente chamava ‘itirícia’, dava chá de picão, banho de picão, estava amarelinho e tal (...) mas a gente vai perdendo o costume (...) tinha uma erva chamada guaco, que era bom para gripe”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

*“Uma vez eu dei um chá de guaco para minha filha-neta. Ela estava com muita gripe. Ao invés de dar o remedinho da farmácia, eu dei um chazinho de guaco a ela. Não sei o que deu que deu dor na urina dela. Aí eu conversei com um amigo meu da saúde, muito experiente, que falou que não é muito bom dar chá demais. Aí eu corri de medo do chá, nunca mais eu dei chá nenhum”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

*“Acredito bastante nos médicos porque, na própria Bíblia está registrado, Lucas era médico”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

*“Acredito bastante nos médicos, no que o médico fala. Dou o que ele prescreve, o chá dou se ele fala. (Josefa, 25 de outubro de 2006).*

*“Tinha uns dias que ele vinha da escola que falava: ‘Vó, eu estou bem atordoado de dor de cabeça’. Tinha um comprimidinho, dava dipirona, pegava um remédio do farmacêutico, que era muito bom também”. (Soraia, 05 de setembro de 2006).*

*“A gente teve que correr. Não tinha posto aberto perto de casa. O posto não estava aberto a hora que ele se arruinou. Ela levou ele numa farmácia. O farmacêutico é formado a médico. Ele que falou: ‘Pelo amor de Deus, corre com essa criança para o hospital o mais rápido possível!’” (Iolanda, 03 de agosto de 2006).*

*“Mudou de antigamente para hoje. Essas coisas resolvem, mas hoje são mais fácil da gente cuidar. Muitas coisas, às vezes, a gente faz e não é aquilo que tem que fazer. A gente já leva direto no médico e o médico já sabe o que faz”. (Ofélia, 02 de agosto de 2006).*

*“Médico também é coisa muito importante na nossa vida. A sabedoria deles é coisa divina. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

Outro significativo de cuidado popular prestado pelas avós é o uso de infusões de ervas como camomila, coentro e outros para melhorar a sintomatologia imediata que o neto possa apresentar, mas se os sinais perduram não titubeiam em encaminhá-lo ao posto de saúde ou hospital mais próximo, principalmente quando já conhecem a patologia da criança e os riscos de complicações. Acreditam que antigamente era mais fácil cuidar e curar as doenças com a administração de infusões de ervas, relatam que hoje elas vêm mais fortes, a recuperação é lenta e o risco de morte elevado.

*“Eu não dou remedinho caseiro por causa do problema renal dele, eu tenho medo de fazer e prejudicar o probleminha; para os outros eu até faço”. (Lurdes, 17 de outubro de 2006).*

*“Como é que você vai dar um remédio para uma criança que você não sabe o que tem, nem para os meus outros netos que são grandinhos eu não arrisco dar”. (Ofélia, 02 de agosto de 2006).*

*“Às vezes quando ficam doentes a gente dá um remedinho, dá um banho morno, para abaixar a febre, daí a gente vê: se não melhora corre para o médico”. (Joana, 03 de agosto de 2006).*

*“De primeiro, quando a criança ficava com dor de ouvido dava um remedinho diferente, uma dorzinha de barrinha fazia aquele chazinho do mato, da horta, para cuidar e hoje em dia tudo é mais diferente, já tem um remedinho para dar, já tem um remedinho para dor de ouvido, hoje é tudo mais fácil”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Minha mãe e minha vó cuidavam de mim assim como eu cuidei dos meus filhos: mais de remédio caseiro. Mais essas coisas assim (...), porque as doenças eram mais fáceis de socorrer dentro de casa, já cuidava melhor. Já hoje em dia (...) não tem mais jeito, os anos passaram, então as doenças evoluíram muito, não dá mais aquelas gripinhas fracas, tem que ir correndo mesmo, qualquer gripe tem que correr”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Quando a criança está com dor, a gente sempre dá um remedinho para dor, mas depois, se voltar a dor, a gente leva no médico. Parece que a doença vem mais difícil, mais forte, então eu creio que o remedinho de casa já não faz mais efeito. Hoje em dia dá uma gripe, a criança já está com pneumonia. Então não tem jeito de ficar em casa mais. Começou, tem que procurar um médico”. (Ofélia, 02 de agosto de 2006).*

Os significantes religiosos são pontos de apoio nos quais as avós acreditam na situação de doença do neto. De acordo com Alain, apud Santana e Erdmam (2000, p.8), “crença é a palavra comum que designa qualquer certeza sem prova”. As crenças permitem ao homem livrar-se das incertezas que o cercam e, ao mesmo tempo, ajustar-se dentro de um processo evolutivo com a realidade cercada de mistérios e incógnitas

(QUEIROZ, 1991). A crença que possuem é, talvez, a principal forma de suporte da qual fazem uso.

De acordo com Santana e Erdmam (2000, p. 8-9):

no sentido religioso, crença é o assentimento do espírito a uma verdade de uma ordem transcendente (Deus) sem justificação racional, certeza não racional, sinônimo de fé, opinião, as crenças ligadas à religião são mais procuradas para alívio da dor e do sofrimento proveniente de enfermidades.

Para que exista um sentimento religioso é necessário crer e para que exista crença é preciso fé, acreditar em algo sem pedir retorno, sem visualizar os ganhos. As avós possuem forte simbologia religiosa, preservam-na e fortificam-na desde a mais tenra idade, transmitindo-a aos filhos e netos. Como confirma Leite (2004, p. 113), “(...) a questão da religiosidade acompanha esse grupo de mulheres como uma tradição cultural bastante forte, de geração a geração”. As avós procuram encontrar um sentido em suas vidas por meio da religião.

religião é uma tentativa de conservar a provisão de significados gerais em termos dos quais cada indivíduo interpreta sua experiência e organiza sua conduta. Um sistema religioso é formado por um conjunto de símbolos sagrados, tecido numa espécie de todo ordenado. Para as pessoas comprometidas com os símbolos o sistema religioso media um conhecimento genuíno, o conhecimento das condições essenciais nos termos das quais a vida tem que ser vivida (GEERTZ, 1989, p. 93).

Sentem necessidade de um sentimento religioso para dar-lhes força no enfrentamento da doença do neto. As minuciosas práticas religiosas estimulam o imaginário a um encantamento que, segundo Maffesoli (1984), anula o tempo e as angústias, tem uma função catártica:

*“A gente pede a Deus que proteja. Mais do que isso, foge do meu alcance: ‘Deus abençoe que dê tudo certo’”. (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

*“Eu peço muito para Deus me ajudar: ‘Deus, dá força para gente’. Tem horas que parece que a gente não vai agüentar, mas eu peço para Deus”. (Iolanda, 03 de agosto de 2006).*

*“A gente tem aquele amor, a gente quer ajudar, ajudar a cuidar. A gente ajuda muito em oração para que Deus dê força para o meu neto e para todas as crianças (...) porque tudo vem por Deus”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Meu Deus do céu, aquele menino está vivo pelas mãos de Deus”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Eu agradeço muito a Deus por Deus ter me dado vida e saúde, força nas pernas para eu andar, para eu cuidar. Têm muitos ali que querem cuidar, mas não podem cuidar, estão doentes, numa cadeira de rodas, estão em cima de uma cama”. (Mafalda, 08 de agosto de 2006).*

*“Quando meus netos ficam doentes, a gente fica preocupada, mas sempre confiante a respeito do que Deus pode fazer. Ficou doente, mas tem solução; seja o que for que eles tiverem, vai ter solução”. (Noemi, 02 de agosto de 2006).*

*“Graças a Deus, fazia dois anos que ele nem vinha para o hospital. Agora mesmo ele não está tão mal. A gente trouxe mesmo só para acompanhar”. (Lurdes, 17 de outubro de 2006).*

*“Deus? Ele faz o que Ele quer, a hora que Ele quer e de acordo com a necessidade”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).*

“O sentimento religioso é, certamente, a forma encontrada entre pessoas relativamente simples, parece ter origem numa grande variedade de emoções fundamentais que são experimentadas quando o homem confronta a incerteza, o desconhecido ou o desafortunado” (IKEDA e BRYAN, 1984, p. 17).

Com foco na medicina religiosa, as avós atuam como benzedadeiras, realizam simpatias, promessas, relatam a cura de doenças intratáveis pelos profissionais de saúde. Ensinam como realizam as simpatias, mas os resultados são alcançados exclusivamente quando elas próprias fazem a técnica, pois é um dom adquirido de suas mães.

*“Isso aí é um dom que a minha mãe deixou e eu faço porque as crianças que eu vejo que tem algum problema que dá para ajudar, que está ao meu alcance, eu faço; porque não custa. Uma coisa que a minha mãe deixou para mim quando ela morreu é limpar porcaria da boca da criança, aquele sapinho, esse o médico não cura. E fechar o peito, quando a criança nasce com o peito aberto, não pára nada no estômago da criança, a criança mama e já joga para fora. A gente mede com uma fralda, vê o tanto que está aberto, vai fazendo massagem com um olinho de oliva, enfaixa a criança até ela dar um grito, ela vai repuxando, aí você vai puxando até ir encostando, você deixa enfaixado, dentro de uns três a quatro dias a criança já está com o peito fechado. Quando a criança tem o peito aberto é fácil de dar aquela doença de macaco a criança vai ficando peluda, vai emagrecendo, emagrecendo, pêlo no braço, no rosto, pode até matar se não cuidar. Mesmo o pai, ou a mãe joga para cima, aí acontece de abrir o peito. A porcaria é uma simpatia de dom, você faz um café amargo, mas tem que ser bem forte, aí deixa separado numa xicrinha, cuida da xicrinha para não cair nada, aí você pede para a mãe, para ela trazer uma fralda branca e a gente corta os quadradinhos e vai fazendo, por exemplo, se for muito, vai fazendo mais tempo para cair tudo, mas se for pouquinho com três quatro dias já cai tudo. Sempre avisa a mãe: nunca chama pelo nome, quando está fazendo simpatia não pode chamar sapinho, tem que falar porcaria e nunca ficar olhando para a boca da criança para não aumentar. Quando for para você olhar não tem mais nada. Aí você coloca, são nove paninhos, você enrola no seu dedo com o café molhado, passa na boca da criança e gruda na parede, faz, por exemplo,*



*três hoje, amanhã faz mais três, até dar os nove, quando começar a cair, você pode olhar na boca da criança que não tem mais nada". (Joana, 03 de agosto de 2006).*

Quando religiosa, a pessoa age seguindo os ensinamentos adquiridos. É também, geralmente, com pessoas do mesmo grupo religioso que ela busca conforto e ajuda nos momentos de crise. Esta é a situação de muitas avós, entre elas as que se encontram no hospital, cuidando de seus netos.

Contudo, o cuidado, com enfoque na medicina popular, baseado nos valores adquiridos pela cultura, vem perdendo sua força no decorrer das gerações. O mundo moderno, cercado de produtos de alta tecnologia desestrutura o arcabouço de crenças oriundas de cada grupo. Como cita Santana e Erdmam (2000, p. 13):

parece que as pessoas estão desenvolvendo o hábito de pensar, a utilização da lógica nas suas ações de vida. Esse distanciamento da sociedade ou das pessoas com relação às crenças, às vezes passa despercebido. Existe um poder exercido pelo marketing, pelos meios de comunicação em inculcar maneiras e objeto de crenças.

As avós na sociedade contemporânea convivem diariamente com essas mudanças. Diante desta duplicidade equilibram-se no mundo moderno, mas sem abandonar suas crenças e valores.

De acordo com Geertz (2001, p. 168), "o que se coloca agora no centro da atenção é o engajamento do indivíduo nos sistemas estabelecidos de significados compartilhados, nas crenças, valores e entendimentos dos que já estão instalados na sociedade em que o indivíduo é lançado".

É importante ressaltar a importância das avós manterem suas crenças e valores, mesmo engajando-se no sistema da sociedade atual, pois só assim dão vida às suas atitudes, sustentação às suas palavras e um significado ao cuidado do neto. A abordagem popular dificilmente traz prejuízos às crianças, como constatamos nos discursos das avós, o cuidado popular é apenas a primeira tentativa, em presença do insucesso elas procuram a abordagem profissional.

#### 6.2.6 DOMÍNIO CULTURAL 5 - A RESPONSABILIDADE DA AVÓ DIANTE DAS INCAPACIDADES DA GENITORA EM CUIDAR DO NETO.

As avós cuidadoras dos netos hospitalizados possuem diversos vínculos com os seus netos, em casa e na instituição hospitalar. Algumas são responsáveis totalmente pelo neto, outras auxiliam as mães a cuidar das crianças para que elas possam trabalhar e ainda existem aquelas que são apoio para as mães (que não trabalham) poderem descansar. As avós podem ser consideradas como o suporte às mães das crianças, de acordo com Jennings, Stagg e Connors (1991), em pesquisa realizada com 44 mães levantaram dois grupos de apoio para elas: a rede pessoal, todas as pessoas que a mãe considera importantes em sua vida (esposo, outros membros da família) (...) e a rede maternal, pessoas que a mãe considera importantes para o desempenho de seu papel de mãe (aquelas com as quais ela conversa sobre a criança, cuidam da mesma). As avós podem ser consideradas como pertencentes às duas redes, pois as mães a consideram importante em suas vidas e elas são apoios fundamentais para o exercício dos seus papéis como mães.

As avós podem morar junto com a filha e os netos, assim, são responsáveis pela criança indiretamente, por passarem o dia todo nessa função e permitir aos pais trabalhar, estudar ou continuar sua vida social. Em pesquisa realizada por Trindade e Menandro (2002, p. 21), ao entrevistar pais adolescentes na idade de 16 a 21 anos constataram:

os jovens mostraram-se gratos pelo apoio oferecido pelos avós, principalmente os avós maternos (...) Foram referidos como apoio e ajuda financeira, tanto para lidar com a criança como para a manutenção do casal, os cuidados diários com a criança, possibilitando ou facilitando o estudo e/ou o trabalho dos pais, e o acompanhamento das atividades de lazer em fins de semana. Os avós também foram mencionados como fonte de orientação para a resolução de problemas corriqueiros com as crianças e, em alguns casos, eram considerados pelos jovens como aqueles que efetivamente criavam a criança.

O que confirmam os relatos das avós entrevistadas:

*“Eu cuidei dela quando ela era pequeninha, ela e o irmão moravam comigo até a idade de 9 anos e o menino com 7 anos, ficava o dia inteiro cuidando dela. A mãe não tinha horário para chegar em casa, eles eram praticamente meus filhos, eu tinha o maior prazer, o maior carinho de cuidar deles”.*(Rúbia, 28 de agosto de 2006).

*“Quando a mãe deles não está em casa eu cuido deles (...) eu assumo o papel dela, dou banho, dou mamadeira”.* (Bernardina, 20 de outubro de 2006).

*“Eu não sou responsável por ele, eu estou cuidando dele porque eu criei bem dizer. Os filhos me ajudam a cuidar, sempre vem um ou outro”.* (Soraia, 05 de setembro de 2006).

Contudo, esse vínculo intenso estabelecido pela avó para com o neto pode gerar conflitos, caso haja separação no convívio e a mãe venha a querer levar os filhos, já que pertencem legalmente à genitora:

*“Quando minha filha foi embora meu marido não queria entregar, não, a criança fica com a gente, eu falei para ele, assim como nós queremos, ela também quer, se ela fosse uma filha que desprezasse os filhos, aí, tudo bem”.* (Rúbia, 28 de agosto de 2006).

As avós que auxiliam no cuidado com o neto podem não ser responsáveis pelo mesmo, elas ajudam quando a mãe precisa, quando ela tem dificuldades em atender à criança ou quando os pais são separados, entretanto, sentem-se como responsáveis. Houndoumadi (1996), coloca a importância dos avós no cuidado e desenvolvimento de seus netos e na execução de tarefas domésticas, bem como sua participação nas interações familiares, principalmente em momentos de transição.

De acordo com Dessen e Braz (2000) em pesquisa realizada com mães e pais no Distrito Federal constataram que 57% deles consideram os avós importantes para a família, possuem significado para elas, quer porque prestam apoio psicológico, quer porque ajudam nas necessidades materiais e financeiras ou ainda contribuem com a experiência de vida para resolver situações difíceis.

*“Normalmente eu só assessoro, quem cuida é ela. Não sou muito daquela avó de querer pegar responsabilidade para mim, não. Ela também me ajuda um pouco, mas eu deixo, assim, ela mais para cuidar dele, dou uma olhadinha para tomar um banho, ajudo em alguma coisinha, mas normalmente quem cuida é ela”.* (Malvina, 11 de setembro de 2006).

*“Eu gosto de ajudar porque a mãe e o pai dele não convivem mais juntos, são separados”.* (Ivone, 04 de outubro de 2006).

*“A mãe dela não tem paciência, tem tempo, mas não tem paciência”.* (Noemi, 02 de agosto de 2006).

De modo freqüente os pais das crianças compensam as avós com quantias em dinheiro, entretanto isto é observado naquelas famílias em que as avós possuem dificuldades financeiras:

*“Eu cuidei dela até completar seis meses, daí a mãe pôs na creche. Eles até pagavam para mim oitenta reais para cuidar dela. Agora só a outra vó que pega e ela quem cuida. Eu dou uma ajudinha de vez em quando(...). Quando ela morava comigo, sempre estava junto. Quando ela ganhou a nenê ela morava lá em casa eu não estava separada ainda e eu que cuidava dela, eu que dava banho, eu que ficava com ela quando não queria dormir; eles trabalhavam e eu não estava trabalhando. Meus filhos pagavam para mim e eu ficava com o tempo todo, só colocava na cama do pai e da mãe quando estava dormindo já”. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).*

*“Meus filhos me pagam para eu cuidar das crianças”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).*

Os comportamentos de cuidados da avó com os netos muitas vezes recebem interferências de outros membros familiares, em alguns casos com opiniões divergentes. Segundo elas o neto é usado como objeto de discussões entre a família:

*“Se ela ficasse só comigo eu teria tempo suficiente para cuidar dela, eu teria condições. A mãe e a outra avó não deixam. A mãe fala que ela tem ciúmes, não sei se é bem isso ou se ela usa a criança. Quando ela tem uma discussão com o meu filho a primeira coisa que ela faz é tirar a Paula de mim e ficar ameaçando. Desde que ela nasceu é assim, é uma desmiolada, é mãe porque pôs no mundo”. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).*

Repetidamente as avós verbalizam não serem responsáveis pelo neto, porém quando as mães das crianças são negligentes no atendimento devido à imaturidade, adolescência, problemas mentais, tornam-se responsáveis:

*“A mãe dela tem uma infecção na cabeça, tem crise convulsiva, mas nunca tratou. Os ouvidos dela vazam. Então, desde pequenininha eu cuidava dela e com um ano e dois meses eu peguei a guarda dela”. (Olga, 23 de agosto de 2006).*

## 7 TEMA CULTURAL

Seguindo os passos de Spradley (1979), iniciei a análise temática. De acordo com o autor, a análise temática é a análise de descoberta dos temas culturais, que são princípios recorrentes que conectam alguns domínios, oferecendo uma visão holística da cena cultural. Para o autor, os temas são grandes unidades de pensamento, que consistem em um número de símbolos interligados dentro de relações de significados.

Elaborei o tema por meio de uma síntese de pensamento que permite a configuração, análise e interpretação dos dados. Após profundo contato com os dados coletados, estabeleci relações com os domínios e culminou a representação dos significados das avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados. O tema foi desenvolvido e alicerçado nas linhas da antropologia simbólica e na fenomenologia existencialista, respectivamente na sabedoria das definições e dos conceitos apontados por Mircéia Eliade (Sagrado e o Profano, 1992) e por Leonardo Boff (Tempo de Transcendência, 2000).

### 7.1 TEMA CULTURAL :

#### O CUIDADO AMOROSO DAS AVÓS JUNTO AOS NETOS HOSPITALIZADOS: DO SAGRADO AO PROFANO, DO IMANENTE AO TRANSCENDENTE.

As avós das crianças hospitalizadas demonstram intenso cuidado amoroso ao neto hospitalizado, sentimento este inexplicável para elas e por isto considero que ultrapassa o imanente (profano) do ser humano; das avós acompanhantes de seus netos emerge a transcendência (sagrado). De acordo com Boff (2000, p. 26) na linha existencialista o ser humano faz parte de “imanência e de transcendência, como dimensões de uma única realidade que somos nós”. Já os antropólogos na linha simbólica colocam o sagrado e o profano como categorias utilizadas para analisar símbolos sociais. O sagrado seria anormal, especial, do outro mundo, real e tabu. O profano seria normal, cotidiano, deste mundo, plebeu e permitido. Quando o sagrado toca o profano, este se sacraliza.

A imanência considera-se o enraizamento do ser humano (*op cit*, 2000, p. 27). “Usando uma metáfora, eu diria que somos seres de enraizamento e seres de abertura. Primeiramente nos sentimos seres enraizados. Temos raiz, como uma árvore. E a raiz nos limita, porque nascemos numa determinada família, numa língua específica, com um capital limitado de inteligência, de afetividade, de amorosidade”, e os símbolos criados por nós intercedem entre o sagrado e o profano.

O ser humano é imanente porque ele é corpo, entra em contato com o mundo material. Essa corporeidade nos permite receber informações do mundo exterior por meio dos sentidos e da mesma forma nos permite a expressão e ação nesse mundo. A imanência é sentimento básico do ser humano, é o que ele aprende em sua formação, a melhor maneira de reagir diante de uma situação.

As avós também possuem a característica de imanência (profano). Já é oriunda desde o seu nascimento, está ligada a sua cultura, sua família, um amor limitado, mas que no decorrer de sua existência amadurece e vai diminuindo sua característica da dimensão “galinha” (imanência/profano) para atingir a de “águia” (transcendência/sagrado), de acordo com as metáforas utilizadas por Boff. Em cada experiência de sua vida incrementa e adapta sua característica transcendente, e quando avó ela atinge o auge, está pronta para transcender no cuidado amoroso com o neto. Na linha antropológica diríamos que a avó faz parte do sagrado, porque é quem executa a performance simbólica que é fruída pelo ritual de cuidados. Os símbolos utilizados por ela determinam um significado a todos os participantes do cuidado com o neto. Este cuidado é ritualizado e envolve participantes. Para aprender a fazer isto são as experiências de vida que a ensina, passa por rituais de experiência e reforça sua fé nos símbolos. Todas as avós do estudo manifestaram muita fé, diante da recuperação do neto. Uma avó cuidadora de neto sem fé é como uma guerreira sem espada.

A fé que faz parte do sagrado (Eliade,1992) traz a capacidade de romper todos os limites (...), e é talvez o desafio mais secreto e escondido da avó, que se recusa a aceitar a realidade na qual está mergulhada porque se sente maior do que tudo o que o cerca. Com seu pensamento, ela habita as estrelas e rompe todos os espaços. Essa capacidade é o que nós chamamos de transcendência de lidar com o sagrado, isto é,

transcende, rompe, vai para além daquilo que é dado. O conhecimento se instala na avó de tal forma, que modifica toda sua visão de mundo, se torna *médium* clarividente e transmite com clareza a mensagem da divindade. O segredo da clarividente é que ela sabe o que seu neto precisa, desenvolve a habilidade de ler a mente do neto, sente o que ele sente e é solidária com a dor dele.

O ser humano não possui limites, ele pode escolher pelos caminhos a trilhar, não se contenta somente com o que lhe foi dado, sempre está em busca de novidades, cria, inventa para satisfazer as suas vontades. De acordo com Emile Durkehim apud Boff (2000, p. 36), “(...) o ser humano cria símbolos, cria projeções, cria sonhos. Porque ele vê o real transfigurado. Essa capacidade é o que nós chamamos de transcendência (...)”. Por exemplo, o ser humano tem vontade de voar, cria máquinas para que isto ocorra; para falar com as pessoas que ama cria o telefone; para ter recordações de pessoas queridas inventa a máquina fotográfica, a filmadora. Ele nunca pára, está sempre em busca de maneiras para alcançar seus sonhos.

A busca torna-se constante uma vez que o ser humano é um ser infinito. Ele procura alcançar as projeções criadas em sua mente desde a mais tenra idade, ainda que isto possa lhe custar sacrifício ou perda de algum benefício em sua vida. O que importa é “ter” o que é desejado, custe o que custar, isso é o que lhe torna um ser de transcendência. Para explicar a transcendência Leonardo Boff descreve o conto dos Carajás, peixes imortais, mas que viviam somente nos rios e não podiam ver o sol, a lua, as estrelas. Isto lhes era proibido por conta de sua imortalidade. Mas no fundo de cada rio havia um buraco de onde saía uma luz, porém o Criador sempre advertia-os de que, se lá entrassem, perderiam a imortalidade. Eles optaram em perdê-la e poder aproveitar as maravilhas no mundo. Quando eles passaram pelo buraco, fizeram a experiência da transcendência.

Segundo Boff, uma das características da transcendência é a protest-ação, as avós são seres de protest-ação. Elas não aceitam simplesmente a realidade imposta ao neto, questionam, buscam entender e se não gostam tentam mudar. Elas dão apoio às mães das crianças, mas não aceitam negligências delas. Tentam não se envolver com

o modo de educação e de cuidados dos pais aos netos, mas se percebem prejuízos aos netos tomam atitudes, assumem legalmente a criança.

O sagrado manifesta-se sempre como uma realidade inteiramente diferente das realidades naturais, segundo Eliade (1992). O homem toma conhecimento do sagrado porque este se manifesta, se mostra como algo absolutamente diferente do profano. A fim de indicarmos o ato da manifestação do sagrado, propusemos, conforme Eliade (1992), o termo *hierofania*. Poder-se-ia dizer que a história das avós – desde as mais simples às mais elaboradas, são constituídas por um número considerável de *hierofanias*, pelas manifestações das realidades sagradas. O sagrado equivale ao poder e, em última análise, à realidade por excelência. O sagrado está saturado de ser. Potência sagrada quer dizer ao mesmo tempo realidade, perenidade e eficácia. A avó cuidadora do neto deseja profundamente ser, participar da realidade, saturar-se de poder.

A avó nunca desiste do neto. Mesmo doente, portador de patologias agudas ou crônicas, ela está ao seu lado, procura entender o que aconteceu com ele, aprende os procedimentos, conhece as medicações, adapta sua vida a ele. Frente à doença da criança, ela abre novos caminhos para o seu bem-estar e recuperação.

Quando a avó cuida do neto ela traz elementos da transcendência, supera todos os seus limites, mesmo em idade avançada esquece suas dores, patologias e necessidades, sai de si e dedica-se ao neto. O cuidado do neto para a avó suplanta a razão e a vontade, ela sabe que precisa cuidá-lo para que possa continuar a existir, a viver.

A avó é um ser de transcendência, em primeiro lugar por ser mulher. De acordo com Boff (2000), a mulher tem uma experiência holística, inclusiva e globalizadora (...). Ela pensa com a totalidade de sua realidade, o que a torna muito mais próxima da experiência originária, mais afim à realidade da vida.

A avó quando cuida do neto também olha por sua família, globaliza o seu amor. Ao estar com o neto não vislumbra somente o seu tratamento, mas tem interesse em transmitir-lhe carinho, afeto, ensinamentos, educação, cultura. Ela é co-responsável por sua formação como cidadão, olha para a criança como um todo. Para Boff (2000), as



mulheres têm uma visão mais integradora, que não dissocia, está mais próxima da Fonte e por isso é muito mais espiritual.

O sagrado e o profano constituem duas modalidades de ser no mundo das avós, duas situações existenciais assumidas pelo homem ao longo da sua história. Os modos de ser sagrado e profano, conforme Eliade (1992) dependem das diferentes posições que o homem conquistou no cosmos.

As avós são seres de transcendência porque também embasam-se na crença, acreditam, tem fé que seu neto pode recuperar-se e, mesmo conhecendo a gravidade da patologia, não deixam de estar ao lado dele. Acreditam em Deus e nos profissionais da saúde, a quem entregam a criança. Segundo Boff, para as mulheres a divindade não é um problema, é a solução dos problemas.

A avó na terceira idade, com o nascimento do neto, dá continuidade a sua história infinita. Para ela não é hora de acomodar-se e esperar a vida acabar. Ela abre caminhos, busca um novo mundo, nova paisagens surpreendentes, antes nunca vistas. Ela acolhe a criança mais do que quando era mãe, porque está agora num momento maior de existência, ela projeta-se (ex) para fora. De acordo com Boff (2000, p. 26), “estamos sempre nos projetando para fora (ex), construindo nosso ser. Nós não o ganhamos pronto. Nós o moldamos mediante a nossa liberdade, mediante os enfrentamentos e intimidações do real”.

As avós do estudo escolheram envolver-se com o neto doente, superam barreiras, vão além de todos os limites. Escolheram o vínculo com o neto, não daquela avó ausente, daquela que somente visita a criança nos fins-de-semana, mas do elo extremo da total responsabilidade. Elas escreve a sua história em prol do neto. Segundo Boff (2003, p. 37), “mas é só na sua liberdade que ela o faz, é só quando se decide a isso, sem nenhuma imposição”.

A mulher na terceira idade constrói o seu ser de acordo com as opções de vida. Ela não pode escolher ser avó, mas pode determinar o seu “estilo” de ser avó. Para ela, ser avó é aquela que está enamorada pelo neto, apaixonada por esse novo ser em sua vida. De acordo com Boff (2000, p. 42), quando a pessoa se enamora, a outra vira uma divindade. Não se mede sacrifícios, o tempo não conta. (...) Por quê? Porque você sai

de si e vai ao encontro do outro. É uma experiência de êxtase, extática, fora da realidade (...).”

A avó idosa ao dedicar-se ao neto hospitalizado não mede sacrifícios, passa horas ao seu lado, dedica-se cada minuto, conversa com os médicos e enfermeiras, exige atenção à criança. Não importa quanto tempo seja necessário, ela sempre estará ao seu lado cuidando-a nesse momento de doença, seja por dias, semanas, meses, anos ou para sempre. Seja em casa, na enfermaria, no quarto, na Unidade de terapia intensiva, ela não abandonará a criança.

De acordo com Boff (2000, p. 55), *“julgo que o critério para saber se a transcendência é boa, se potencia o ser humano ou diminui, está na resposta que damos a essa pergunta: em que medida tal experiência ajuda a enriquecer e assumir o cotidiano?”* A avó responde que: *“o cuidado do neto me faz bem, enriquece-me quando estou ao lado dele. Isto traz estímulo à minha vida, sinto prazer, liberdade, desejo e vontade de continuar viva”*.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poder realizar uma pesquisa com as avós idosas acompanhantes dos netos hospitalizados proporcionou-me aproximação e conhecimento destas mulheres como cuidadoras, já por mim observadas em minhas atividades profissionais. Entretanto, sem o apuro com que realizei neste estudo. A metodologia da abordagem etnográfica, até desconhecida para mim, a qual até no início do estudo tinha receio em trabalhar proporcionou olhar atento para as coisas e pessoas que no meu cotidiano não percebia. Esta experiência foi enriquecedora, ajudou-me a ser mais atenta em minhas observações e captar melhor o sentido das coisas. Hoje reconheço a relevância do método por permitir a investigação.

Os momentos durante o processo metodológico de OPR e análise etnográfica exigiram disciplina, e esta proporcionou a aproximação da técnica ideal na realização da pesquisa. Tive dificuldades no início na associação da OPR à análise etnográfica. As leituras intensas de dissertações e teses que trabalharam com os métodos e os esclarecimentos oriundos de minha orientadora auxiliaram-me a compreender a diferença e definir melhores maneiras de realizar a pesquisa.

A entrada no campo foi facilitada por ser enfermeira atuante na instituição, tinha o apoio da Direção de Enfermagem, a qual foi elo em minhas dificuldades junto ao Comitê de Ética. Nos cenários de pesquisa, tive boa recepção dos informantes-gerais o que contribuiu para menos desgastes pessoais. Procurei, a todo momento fazer a diferença entre meu papel de profissional e pesquisadora, o que possibilitou o levantamento de dados riquíssimos para o desenvolvimento do estudo; não foi fácil, apresentei “escorregadas”, por ser enfermeira atuante no local. Durante as observações, olhares necessários para alguns fatos não me chamavam atenção por já estar acostumada com eles, deixava passar muitas situações importantes, após várias tentativas consegui disciplinar-me e seguir o caminho da abordagem etnográfica. Quando atingi este ponto, aprendi a observar, entrevistar, participar e conseqüentemente envolvimento maior com os informantes-chave; percebi coisas antes nunca vistas por mim no dia-a-dia, o olhar e ouvir atento fizeram emergir descobertas

relevantes para entender o significado de ser avó idosa cuidadora do neto hospitalizado.

Durante as entrevistas e diálogos mantidos descobri riquíssimas histórias de vida escondidas atrás daquelas mulheres com vasta experiência, conheci cuidados prestados por estas mulheres às crianças e descobri a importância da diversidade de crenças e valores. Estive, então mais atenta a este grupo durante a pesquisa, interagi profundamente com elas, procurava entendê-las, dar atenção a sua ansiedade e preocupação com o neto. Ouvi-as com mais atenção suas percepções e modos de cuidar, procurava compreendê-las em seu papel como avós cuidadoras. Percebo que como profissional finalizo esta investigação com o olhar muito diferente dirigido às avós cuidadoras. A riqueza das informações coletadas proporcionou-me a possibilidade de demonstrar a importância do papel da avó idosa no hospital.

Houve momentos significativos nos quais pude auxiliá-las em suas dúvidas sobre os cuidados, esclarecer atitudes possibilitadoras de melhora da criança e incrementar cuidados de acordo com cada patologia e idade do neto, sempre respeitando seu modo de cuidar. Também aprendi com elas lições de vida, coragem e persistência que trouxeram faíscas de transcendência a minha imanência.

Os resultados obtidos considero significativos na cultura das avós cuidadoras participantes do estudo, têm sentido para elas e não tenho a intenção de generalizá-los porque entendo que os saberes são locais. De acordo com Santos apud Lenardt (2001, p. 137), (...) “meu ponto de partida são os significados. Estes podem até se tornar mundiais, mas o ponto de partida é local. O sentido verdadeiro das coisas é sempre produzido por significados locais”.

Corroba com este pensamento Geertz (1997, p. 11), “(...) as formas do saber são sempre e inevitavelmente locais inseparáveis de seus instrumentos e de seus invólucros”. Ou seja, os significados oriundos desta pesquisa em relação a avó idosa cuidadora não pode ser regra para todos os cenários, num outro ambiente, com características culturais próprias talvez haja mudança ou adaptações do papel da avó junto ao neto.

Existe necessidade de maior aprofundamento no estudo sobre o papel das avós cuidadoras na sociedade moderna, em virtude da significativa demanda que o estudo aponta. São pesquisas primordiais, pois envolvem a questão do processo de envelhecimento, o papel da mulher na terceira idade, da educação da criança, do vínculo mãe e filho, avó e neto.

Este estudo trouxe informações importantes a respeito do papel da avó junto ao neto doente, possibilitou atingir o objetivo proposto nesta pesquisa: o de interpretar o significado de ser avó idosa cuidadora, para aquelas que acompanham o neto no período da hospitalização. Concluiu que a comunidade vem, cada vez mais, sendo dependente dessas mulheres nos cuidados prestados às crianças, os pais necessitam do auxílio de suas mães/sogra nessa função, devido a isso pesquisar as avós e compreendê-las pode ajudar os familiares e a sociedade a permitir e intensificar o apoio delas junto aos netos, tanto no domicílio quanto no hospital.

Com a elevada expectativa de vida da população ainda veremos crescer a participação de avós no ambiente hospitalar junto aos netos. Para nós enfermeiros, responsáveis pela equipe de enfermagem é imprescindível a tomada de consciência que é mais uma integrante nas relações pessoais de cuidado no ambiente hospitalar e fora dele. É preciso entender e respeitar o papel da avó cuidadora do neto, além disso reconhecer a importância dela para a criança que está doente. Muitas vezes enganamo-nos em relação ao verdadeiro papel da avó, acreditamos que ela está ali, só naquele momento, para ajudar a mãe. É preciso reconhecer os vínculos e a função que desempenha na família, para que nossas orientações de cuidados sejam dirigidas àquele membro familiar que realmente cuida. Quantas vezes já realizamos orientações inúteis aos pais da criança e presenciamos reinternações que poderiam ser evitadas, caso as orientações fossem recebidas pela pessoa que cuida, aquela que permanece com a criança no dia-a-dia.

Acredito que a partir do momento que a equipe de enfermagem aliar-se a avó como uma pessoa importante no cuidado da criança iniciaremos a tentativa de obter melhora no tratamento da criança, menores índices de reinternações.

## 9 REFERÊNCIAS

- AAMODT, A. M. Examining ethnography for nurse researchers. **Western Journal of Nursing Research**, Columbia, v. 4, n. 2, p. 209-221, 1982.
- ALTHOFF, C. Dimensionando o espaço da família no âmbito do público e do privado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.1, n.2, p. 35- 38, jul./dez., 1996.
- ALVAREZ A. M. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis, 2001. 198 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
- ARATANGY, L. R.; POSTERNAK, L. **Livro dos Avós**: na casa dos avós é sempre domingo? São Paulo: Artemeios, 2005.
- ARAUJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos sobre o Envelhecimento**, Rio de Janeiro, n. 3, p 7-19, 2000.
- ARGILAGA, M. T. A. La observación participante. In: BAZTÁN, A. A. **Etnografia**: metodologia cualitativa em la investigación sociocultural. México: Alfaomega Marcombo, 1995.
- BARROS, M. L. **Autoridade e afeto**: avós, filhos e netos na família brasileira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- BAZTÁN, A. A. Émica, ética y tranferencia. In: BAZTÁN, A. A. **Etnografia**: metodologia cualitativa em la investigación sociocultural. México: Alfaomega Marcombo, 1995.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BECKER, M. J. A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira**: a base de tudo. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994.
- BENETTI, S.R.D. **Vida e medo**: significado atribuído ao sangue pelos doadores e receptores. Curitiba, 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Paraná.
- BERLO, D. K. **O processo da comunicação**: introdução à teoria e à prática. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- BERNARDI, B. **Introdução aos estudos etno-antropológicos**. Lisboa (PT): Edições 70, 1974.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Tese de Livre-docência não-publicada, Ribeirão Preto, 1994. **Família-socialização-desenvolvimento**. Universidade de São Paulo.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito**. Petrópolis: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **Ética e eco-espiritualidade**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOHES, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina.

BRETÃS, A. C. P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 56, n.3, p. 298-301, maio/junho, 2003.

BRITO-DIAS, C. M. S. A importância dos avós no contexto familiar. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 10, p. 31-40, 1994.

BUSSE, E. W; BLAZER, D. G. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artmed 1999.

CALDAS, C. P. Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In: SALDANHA, L.; CALDAS, C. P. (Orgs). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CARSON, L. **A importância dos avós: como se tornar uma referência positiva na vida dos netos**. São Paulo: Paulinas, 2001.

CASSIRER, E. **A filosofia das formas simbólicas: I - a linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. **Geriatria: fundamentos, clínica, terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994.

CHARON, J. M. **Sociologia**. São Paulo: Saraiva, 1999.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1995.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COATES, V.; SANT'ANNA, M. J. C. Gravidez na adolescência. In: FRANÇOSO, L. A. ; GEBER, D.; REATO, L. F. N. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2001.

COELHO, J. T. **O que é indústria cultural**. 17 ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

CORONA, M. B. E. F. **O significado do “ensino do processo de enfermagem” para o docente**. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade Federal de São Paulo.

COSTENARO, R. S. G.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Unifra, 2001.

CRAIG, S. T. J.; WINSTON, T. J. The effect of social support on prenatal care. **Journal of Applied Behavioral Science**, n. 25, p. 79-98, 1989.

CURY, C.F.M.R. **Família do doente mental**: os significados atribuídos pela equipe do programa saúde da família. Ribeirão Preto, São Paulo, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade Federal de São Paulo.

DALLALANA, T. M. **Na saúde e na doença**: a família e suas relações com a instituição hospitalar. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

DAMIÃO, E. B. C.; ANGELO, M. A experiência da família em ter uma criança com doença crônica. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

DEL PRIORE, M. Magia e medicina na Colônia: O corpo feminino. In: DEL PRIORE, M; BASSANEZI, C. (Orgs.). **História das Mulheres**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 16, n. 3, set./dez. 2000.

DIAZ, C. M. S. B.; SILVA, D. V. Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Casal e família**: entre a tradição e a transformação. Rio de Janeiro: Nau, 1999.



EAGLETON, T. **A idéia de cultura**. São Paulo: Unesp, 2005.

ECHEVARRÍA, A. G. Metodologia etnográfica. In: BAZTÁN, A. A. **Etnografia: metodologia cualitativa em la investigación sociocultural**. México: Alfaomega Marcombo, 1995.

ECO, U. **Tratado de semiótica general**. Barcelona: Lumen, 1977.

ELIADE, M. **O Sagrado e o Profano**. Lisboa: Ed. Livros do Brasil.

ELSEN, I. **Concepts of healt and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village**. California, 1984. Dissertation (Doctor) Graduate Division of the University of California.

ELSEN, I.; MONTICELLI, M. Nas trilhas da etnografia: reflexões em relação ao saber em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF); v. 56, n. 2, mar./abr., 2003.

FALCÃO, D. V. S.; SALOMÃO, N. M. R. O papel dos avós na maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, abr/jun 2005.

FERREIRA, E. A. P. **Irmãos que cuidam de irmãos na ausência dos pais: um estudo sobre desempenho de tarefas domésticas e interação entre irmãos**. Tese de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 1991.

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doenças, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto em um hospital geral**. Florianópolis, 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina.

FRAIMAN, A . P. **Coisas da idade**. São Paulo: Hermes, 1991.

FROTA, M. A. **Como cuido do meu filho desnutrido: abordagem cultural**. Fortaleza, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

FURTADO, M. C. C.; LIMA, R. A. G. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 66-73, jan/fev, 2003.

GEERTZ, C. **Works and lives: the anthropologist as author**. Stanford, California: Stanford University Press, 1988.

\_\_\_\_\_. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

\_\_\_\_\_. **Conocimiento local**: Ensayos sobre la interpretación de las culturas. Barcelona: Paidós, 1994.

\_\_\_\_\_. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997

\_\_\_\_\_. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GOODMAN, C.; SILVERSTEIN, M. Grandmothers raising grandchildren: family structure and well-being in culturally diverse families. **The Gerontologist**, Cleveland, v. 42, n. 5, p. 676-689, out., 2002.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo.

GUALDA, D. M. R.; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 297-309, dez. 1995.

GUALDA, D. M. R.; HOLGA, L. A. K. Pesquisa Etnográfica em Enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**; São Paulo, v. 31, n.3, p. 410-22, dez. 1997.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOUNDOUMADI, A. Maternal separation anxiety and attitudes about maternal grandmother participation in child care. **Early Development and Parenting**, v. 5, p. 93-100, 1996.

INDICADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE. (Ministério da Saúde)  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=165&CFID=2026096&CFTOKEN=9bf4f9c6d7c4458-45E3E65D-D546-7B02-3C1B8134EE8E198D&jsessionid=e630355b3573732c696f](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=165&CFID=2026096&CFTOKEN=9bf4f9c6d7c4458-45E3E65D-D546-7B02-3C1B8134EE8E198D&jsessionid=e630355b3573732c696f) Acesso em 02 dez. 2006

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Resultados da Amostra do Censo Demográfico.** Disponível em: <<http://www.uol.com.br/uolnews/ult6335ul1025.shl>> Acesso em: 13 out. 2005.

IKEDA, D. BRYAN, W. **Valores humanos num mundo em mutação.** Rio de Janeiro: Record, 1984.

IPARDES. **Sistema Estadual de informações.** Curitiba, 2005.

JENNINGS, K. D.; STAGG, V.; CONNORS, R. E. Social networks and mothers interactions with their preschool children. **Child Development.** v. 62, p. 966-978, 1991.

JORGE, M. M. A mulher e o envelhecimento na contemporaneidade. **Cadernos de Psicologia.** Belo Horizonte, v. 6, n. 9, p. 14-23, dez, 1999.

KASLOW, F. **Family and Psychology in the 21 th. Century:** A look to the future – openings Session in 2 nd. International Congress of Family Psychology. Padova, Abstracts Boosks, p. 2 e 5, 1994

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture.** Berkeley: University of California, 1980.

KREUTZ, I; MERIGHI, M. A. B; GUALDA, D. M. R. Cuidado popular com feridas: representações e práticas na comunidade de São Gonçalo, Mato Grosso, Brasil. **Cienc. enferm.** Conceição (Chile), v. 9, n.1, jun., 2003.

LANGDON, E. J. M. **A negociação do oculto:** xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina 1994. Trabalho apresentado para Concurso de Professor Titular. 107 p.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

\_\_\_\_\_. **Aprender antropologia.** São Paulo: Brasiliense, 2000.

LARAIA, R. B. **Cultura:** um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

LEACH, E. R. **Culture & communication.** New York: Cambridge University Press New York, 1976

LEININGER, M. M. **Transcultural nursing:** concepts, theories and practices. New York: John Wiley and Sons, 1978.

\_\_\_\_\_. The phenomenon of caring: importance, research questions and theoretical considerations. In: **Caring:** an assential human need. Thorofare. New Jersey: Charles B. Slack, Inc., 1981.

\_\_\_\_\_. **Care**: The essence of nursing and health. New York: Chades. B. Slack, 1984.

\_\_\_\_\_. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune and Stratton, 1985.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. Nova York: National League for Nursing Press, 1991.

\_\_\_\_\_. **Nursing and Anthropology**. Two Worlds to Blend. Ohio: Greyden Press Columbus, 1994.

\_\_\_\_\_. Gadsup of Papua New Guine revisited: a three decada view. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 5, n. 1, p. 21-29, 1995.

\_\_\_\_\_. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 28, n. 2, p. 32-51, jan./jun., 1997.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 13, n. 1 p. 80-85, 2000.

LEITE, I. **Gênero, família e representação social da velhice**. Londrina: Edue, 2004.

LEITE, I. B. **Ética e estética na antropologia**. Florianópolis: PPGAS/UFSC/CNPQ, 1998. p. 41-46.

LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica**. Curitiba, 1996. 144 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rede de Pós-Graduação em Enfermagem - REPENSUL, Expansão Pólo I, Universidade Federal do Paraná.

\_\_\_\_\_. **A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar**. Florianópolis, 2001. 158p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

LENARDT, M. H.; KAMI, M. T. M.; BREY, C. Insuficiência súbita de controle postural no idoso: a prática assistencial numa abordagem investigativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 90-96, jan./jun.2001.

LENARDT, M. H.; OLIVEIRA, D. R.; TUOTO, F. S. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 1, n. 4, out./dez., 2003.

LENARDT, M. H.; MICHALTUCH, D. O.; KUZNIER, T. P.; SANTOS, V. L. O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 16-25, jan./abr., 2005.

LIMA, C. M. G.; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. KAKEHASHI, S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, jan.1996.

LITTLEJONH, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978

LOPES, E. S. L; NERI, A. L; PARK, M. B. **Ser avós ou ser pais**: os papéis dos avós na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151759282005000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282005000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 nov. 2005.

LURKER, M. **Dicionário de simbologia**. Tradução de Mário Krauss e Vera Barkow. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MANTOVANI, M. F. ; SILVEIRA, M. R. A.; CADE, N. V. História da enfermagem: um roteiro para o ensino das práticas cuidativas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n.4, p. 547-560, out./dez. 1999.

MARCON, S. S. **Família criando seus filhos**: um estudo em três gerações. Pelotas: Editora Universitária, 1999.

MATTOS, F. B.; TRUCCOLO, A.; MEDEIROS, P. F.; SILVA, C. E.; MELLO, D. C. Gênero e as percepções das pessoas na terceira idade. **Psico.**, Porto Alegre, n. 2, p. 83-106, jul.-dez. 1998.

MAZOTTI, A. J. A. GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1999.

MELLO, L. G. **Antropologia cultural**: iniciação, teoria e temas. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robel, 1997.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar:** uma etnografia de alojamento conjunto. Florianópolis, 2003, 473 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

MORAGAS, M. R. **Gerontologia social:** envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 2004.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, v.17, n.2, 2004.

MÜECKLE, M. A On the evaluation of ethnographies. In: **Critical issues in qualitative research methods**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

NEGREIROS, T. C. Gênero e geração: reflexos sobre o contemporâneo processo de envelhecer. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v.11, 1999.

NETTO, J. T. C. **Semiótica, informação e comunicação**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

NETTO, M. P. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

NETTO, M. P.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O Mundo da saúde**, v.29, n. 4, São Paulo, 2005.

OCHOA, P. S.; DELGADO, M. C. In: BAZTÁN, A. A. **Etnografia:** metodologia cualitativa em la investigación sociocultural. México: Alfaomega Marcombo, 1995.

OLIVEIRA, P. S. **Vidas compartilhadas:** cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**. São Paulo, v.39, n.1, 1996.

OLIVEN, R.G. **A antropologia de grupos urbanos**. Petrópolis: Vozes, 2002.

OLIVETTI, G. ; MELLISART, M. ; CAPASSO, J. M., et al. Cardiomyopathy of the aging human heart: myocyte loss and reactive cellular hypertrophy. **Cir.Ris**. Chicago, v. 68, p.1560-68, 1991.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PATRÍCIO, Z. M. A dimensão felicidade prazer no processo de viver saudável. Florianópolis, 1995: Tese de Doutorado em Filosofia de Enfermagem - Programa de Pós-graduação de Enfermagem, UFSC.

PEIRCE, C. S. **Semiótica**. São Paulo: Perspectiva, 1977.

PESSINI, L. Dignidade no outono da vida. **Rev. O mundo da saúde**. São Paulo, v. 23, n.4, jul./ago., 1999.

PINHEIRO, M. C. D.; LOPES, G. T. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília. v. 46, n. 2, p. 117-131, abr./jun. 1993

PINTO, J. P; RIBEIRO, C. A; SILVA, C. V. Família da criança hospitalizada e suas demandas de cuidado. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v. 17, n. 4, out./dez., 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUEIROZ, M. S. **Representações Sobre Saúde e Doença: Agentes de Cura e Pacientes no Contexto do SUDS**. Campinas: Editora da Unicamp. 1991.

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. & KALACHE, A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, n. 8, p. 313-323, 1993

REEB, R. M. Granny Midwives in Mississippi: career and birthing practices. **Journal of transcultural nursing**, v.4, n.2, p. 18-27, Winter 1992.

REIS, L. M. A. Envelhecer em paz. In: NEGREIROS, T.C.G.M. et al. **A nova velhice: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

RODRIGUES, N. C. RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ROMANELLI, G. A entrevista etnográfica: troca e alteridade. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p.119-133.

RUBIO, C. J. Los informantes. In: BAZTÁN, A. A., **Etnografia: metodologia cualitativa em la investigación sociocultural**. México: Alfaomega marcombo, 1995

SADALA, M. L. A.; ANTONIO, A. L. de O. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n.2, p. 83-92, jul. 1995.

SANTANA, M. G. ERDMAM, A. L. Crenças em saúde: uma abordagem cultural. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n.2, p. 7-14, jul./dez. 2000.

SANTOS, S. S. C. Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. **Rev. Gaúch. de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 70-86, jul., 2000.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003.

SANTOS, J.A. & HAMÚ, E.M. **A criança triangulada na relação entre a mãe e a avó**. Tema livre apresentado no III Congresso Brasileiro de Terapia Familiar, Rio de Janeiro: 1998.

SCHIER, J. GONÇALVES, L. H. T.; LIMA, M. G. O. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p. 61-68, abr. 2003.

SCHNEIDER, D. **American kinship**: A cultural account. Nova Jersey: Prentice Hall, 1968.

SCHWARTZ, E. **Família teutogaúcha**: o cuidado entre as possibilidades e limites. [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós Graduação em Enfermagem/UFSC; 1998.

SECCO, C. L. T. R. As rugas do tempo na ficção. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n.10, p. 9-33, 1999.

SILVA, A. T. B. **Problemas de comportamento e comportamentos socialmente adequados**: sua relação com as habilidades sociais educativas de pais. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SOUZA FILHO, Z. A. **Avaliação do risco cirúrgico em octogenários**. Curitiba, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2000. 49 p. Trabalho apresentado para Concurso de Professor Titular de Clínica Cirúrgica.

SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. R. G. Trauma no idoso. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.48, n.1, jan./mar., 2002.



SPIEKER, S.; BENSLEY, L. Roles of living arrangements and grandmother social support in a adolescent mothering and infant attachment. **Developmental Psychology**, v. 30 n.1, p. 102-111, 1994.

SPRADLEY, J. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

\_\_\_\_\_. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Ethnographic research approach. In: \_\_\_\_\_. **Qualitative research in nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995.

TAKIUTI, A. D. Gravidez, adolescência e cidadania. **Rev. Pais & Teens**, São Paulo, n. 3, 1997.

TIBA, I. **Quem ama, educa**. São Paulo: Gente, 2002

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TRINDADE, Z. A., MENANDRO, M. C. Pais adolescentes: vivência e significação. **Estud. Psicol.**, v. 7, p. 15-23, 2002.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1996.

VANNUCHI, A. **Cultura brasileira**: o que é, como se faz. São Paulo: Loyola, 1999.

VÁSQUEZ, M. L. **Significado da regulação da fecundidade dos(as) adolescentes numa comunidade urbana marginal**. Florianópolis, 1999. [Tese de Doutorado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina].

VERAS, R. O custo hospitalar crescente no setor público: consequência do envelhecimento populacional. In: VERAS, R. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Unati/ uerj. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

XIMENES, L. B.; VIEIRA, L. J. E. S.; DAMASCENO, M. M. C.; FRAGA, M. N. O. Pesquisa etnográfica em enfermagem: levantamento e análise da produção científica. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.4, n.2, jul./dez., 1999.

WALDOW, V. R **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A Police Framework. **A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Ageing.** Madrid, Spain, 2002.

## **A P Ê N D I C E S**

## **A P Ê N D I C E 1**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Experiência profissional \_\_\_\_\_  
Ocupação atual: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Cidade de origem: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ N de filhos: \_\_\_\_\_ N de netos: \_\_\_\_\_  
Tipo de moradia: \_\_\_\_\_ N de familiares co-habitando: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade dos familiares \_\_\_\_\_  
Renda mensal: \_\_\_\_\_  
Atividades físicas: \_\_\_\_\_  
Atividades culturais \_\_\_\_\_

- Fale sobre sua relação com o seu neto.
- Quem é responsável pelo seu neto?
- Quanto tempo você fica com o seu neto aqui no hospital?
- Você cuida de seu neto também em casa?
- Há quanto tempo cuida do seu neto?
- Por que você cuida do seu neto?
- O que você considera como cuidados prestados ao seu neto?
- Você possui alguma doença que lhe dificulta o cuidado de seu neto?
- Você percebe alguma dificuldade (s) em cuidar de seu neto?
- Como você vê o seu papel de avó?
- Sua vida mudou depois que o seu neto nasceu?
- Sua vida mudou depois que o seu neto ficou doente?
- Qual a influência da presença do seu neto na sua família? E com ele doente?
- Como é cuidar de seu neto doente e saudável?

## **A P Ê N D I C E 2**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA E  
PESQUISA COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA “A AVÓ IDOSA  
CUIDADORA DO NETO HOSPITALIZADO”**

Por meio deste documento, eu, \_\_\_\_\_, concordo ser entrevistada pela Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Vanessa Luz dos Santos. Fui informado (a) de que se trata de um estudo para conhecer o significado de ser avó cuidadora idosa do neto hospitalizado.

Tenho conhecimento que todas as informações serão utilizadas, exclusivamente, para propósito do estudo.

Estou ciente que o meu anonimato será preservado nos resultados e, as respostas das minhas entrevistas não serão fornecidas a outras pessoas. Será utilizado um nome fictício para identificar-me como participante do estudo.

Fui informado (a) também, que este consentimento é livre e que posso desistir mesmo após a entrevista ou a qualquer momento. Minha participação é voluntária, posso negar-me a participar dela sem que isso acarrete algum efeito negativo a mim ou à minha família.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos. Compreendo que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Aceito participar da pesquisa e entendo as condições indicadas na orientação descrita no presente termo.

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Informante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Aluna: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

***Telefone para contato com a pesquisadora: (41) 30191407 , (41) 3310-1244 ou (41) 96048498.***

## ANEXOS



ANEXO 1-  
TERMO DE APROVAÇÃO  
DO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO

Curitiba, 20 de setembro de 2006.

Ilma Sra.  
Vanessa Luz dos Santos

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa intitulado **As avós idosas Cuidadoras dos netos hospitalizados**, registro no CEP 0332-06, foi aprovado e está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O referido projeto foi apresentado em reunião plenária no dia 31 de julho de 2006, com pendências sanadas em 04 de setembro de 2006.

Lembramos que conforme as normas da CONEP/MS o pesquisador deverá enviar ao CEP relatórios trimestrais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador em caso de relevância. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Luiz Antonio Munhoz da Cunha  
Coordenador do Comitê de Ética em  
Pesquisa de Seres Humanos - HPP

ANEXO 2-  
QUADROS DE DOMÍNIOS E TAXONOMIAS

## QUADRO 1: DOMÍNIO CULTURAL 1 - SER AVÓ CUIDADORA SIGNIFICA PROTEGER O NETO

Relação semântica: X é um significado atribuído a Y

É maravilhoso	É um tipo de significado	atribuído a avó cuidadora
É uma emoção de avó		
Eu curto		
É fazer o bem para ele		
É muito importante		
É um amor indiscutível		
É um amor fiel		
É zelar		
É muito bom		
É amor		
Eu me sinto avó coruja		
A educação		
É que nem uma mãe		
É meio mãe		
É a mesma coisa que mãe		
O amor é maior		
Eu me sinto útil		
O amor é maior do que com os filhos		
Com ele veio completar		
Acordou a gente na área infantil		
Vivo para eles		
Criança dá trabalho		
Gosto de cuidar		
Fazer coisas para eles comerem		
Nada atrapalha no cuidado		
Sabe controlar		
Com ele supera tudo		
Tem mais paciência		
Não tinha sossego		
Nunca passei tanto desespero		
Estou muito preocupada		
Tenho muita preocupação		
O coração vai se apertando		
O exigimento é maior		
Doente é mais difícil de cuidar		
Tem diferença cuidar da criança doente		
Tem que ter cuidado melhor		
Tem que olhar melhor		
Tem que tratar com muita atenção		
Não tem mais muito que fazer		
Quando não está doente faz tudo sozinho		
Precisa de mim		
Como eu chorei		
Fico direto no hospital		
Não adianta abandonar		

Eu não vou deixar ela sozinha  
 Ficar aqui é melhor  
 No hospital tem que olhar melhor  
 Não pode tocar outra criança  
 Não acha estranho  
 Não achava certo  
 Meço a sonda, limpo bem  
 Está com sonda, não engole  
 Sentiu dor  
 Acostumei a cuidar  
 Em casa cuido também  
 Dou remédios  
 Faço cateterismo  
 Fico com eles  
 Durmo com eles

## **QUADRO 2- TAXONOMIA 1 : SER AVÓ CUIDADORA SIGNIFICA PROTEGER O NETO.**

*É maravilhoso*  
*É uma emoção*  
*É uma alegria imensa*  
*É muito importante*  
*É zelar*  
*É muito bom*  
*Eu me sinto avó coruja*  
*Eu me sinto útil*

*“Quando eu vi o meu neto, ele só tinha três meses na barriga dela. Quando eu vi ele foi uma emoção tão grande na minha vida. Vi que o meu neto era realidade, que era real, era fato consumado. Aquilo me deu uma emoção, meu olho encheu de lágrima, eu chorei de alegria quando eu vi ele na barriga dela. É maravilhoso ser avó”. (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

*“A maior emoção que eu tive na minha vida foi quando meu neto nasceu. Quando eu escutei o choro dele meu coração se encheu de emoção. Daquele dia em diante é uma benção na minha vida, é um anjo que Deus colocou para nós. Eu adoro ele e ele gosta muito de mim, eu faço tudo o que posso. Para mim é uma alegria imensa ser avó, ainda mais agora com esse nenê maravilhoso (Malvina, 11 de setembro de 2006).*

*“É zelar, numa necessidade, num carinho que você dá, tudo isso faz parte. Tem um conjunto de coisas que você tem que fazer para ser uma cuidadora. Não é só atender para o outro se machucar. Você tem que dar carinho, tem que dar amor, tem que zelar por ela. Zelar, no caso, do corpo dela, isso tudo faz parte, é um conjunto de coisas que faz parte”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).*

	<p><i>“Ser uma avó que cuida é muito bom, cuidei , cuido e enquanto eu tiver saúde e puder andar”. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“Ser avó cuidadora eu sinto que nem me chamam: de vó coruja, eu agrado bastante, levo todos na minha casa, ligo a TV, fico lá com eles”. (Ofélia, 02 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“Eu gosto muito de ficar com ele, fica muito bem comigo, trato com carinho, converso bastante. Eu fico feliz de estar com ele porque é uma parte que a gente está passando amor para eles. Eu me sinto bem em cuidar, tem vó que já não gosta, mas eu me sinto útil em cuidar, a gente está dando apoio nessa hora que precisa”. (Lurdes, 17 de outubro de 2006).</i></p>
<p><i>É que nem uma mãe</i>  <i>É meio mãe</i>  <i>É a mesma coisa que mãe</i></p>	<p><i>“A avó é que nem uma mãe, eu achava que não, eu achava que eu não ia ser uma avó assim, que ficasse dedicada, eu achava graça de me chamarem de avó. Demorou muito para acostumar (...) agora eu acho bom ser avó. Poder participar, poder cuidar, poder estar sempre, ficar sempre junto. Quando acontece de eu não ver ela (...) nossa vida do céu, fico quase louca”! (Efigênia, 21 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“Os netos para a gente é a mesma coisa que um filho, eu me sinto bem em cuidar deles, é a mesma coisa que a mãe cuidando dos filhos” (Ivone, 04 de outubro de 2006).</i></p>
<p><i>Aconchego</i>  <i>É um amor indiscutível</i>  <i>Amor inexplicável</i>  <i>Um prazer</i>  <i>Algo que nunca tive</i>  <i>Amor diferente</i>  <i>Amor forte</i>  <i>Amor verdadeiro</i>  <i>É um amor fiel</i>  <i>É amor</i>  <i>O amor é maior</i>  <i>O amor é maior do que com os filhos</i>  <i>A gente ama mais</i>  <i>O amor é igual</i></p>	<p><i>“Para mim ser avó é tão maravilhoso. Significa um aconchego com a família, um amor indiscutível, inexplicável, um prazer na minha vida. Eu tenho certeza que lá na frente vai ser para ele também. Então é uma coisa muito maravilhosa. Para mim é algo que eu nunca tive na minha vida”. (Maria, 04 de setembro de 2006).</i></p> <p><i>“O amor é diferente, é muito mais forte, mais verdadeiro, é mais gostoso”. (Guilhermina, 11 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“A Daniele eu cuido melhor do que eu cuidava dos meus filhos, o amor com os netos é maior”. (Olga, 23 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“Parece que é duplo, o amor é maior, eu cuido igual deles do que cuidava dos filhos”. (Graça, 12 de setembro de 2006).</i></p>

	<p><i>“É amor, carinho, é tudo, porque uma criança dá trabalho”. (Josefa, 25 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>“Neto parece que a gente ama mais quando são nenéns do que quando a gente amava os filhos da gente na mesma idade. Mas eu creio que o amor é igual, a minha filha tem 17 anos e o meu filho tem 30, então eram anos que eu não lidava com uma criança, diretamente, na família”. (Maria, 04 de setembro de 2006).</i></p>
<p>Com ele veio completar Acordou a gente na área infantil Vivo para eles Criança dá trabalho Gosto de cuidar Fazer coisas para eles comerem Nada atrapalha no cuidado Sabe controlar Com ele supera tudo Tem mais paciência Não tinha sossego Nunca passei tanto desespero Estou muito preocupada Tenho muita preocupação O coração vai se apertando O exigimento é maior Doente é mais difícil de cuidar Tem diferença cuidar da criança doente Tem que ter cuidado melhor Tem que olhar melhor Tem que tratar com muita atenção Não tem mais muito que fazer Quando não está doente faz tudo sozinho Precisa de mim Como eu chorei</p>	<p><i>“Mas para mim é uma delícia ser avó, eu adoro ele. Eu gostei porque uniu tanto a nossa família. A gente sempre se deu bem, mas com ele veio só completar, veio só dar alegria. É muito bom, a gente tem muito amor nele e ele veio mesmo para nós. Ele é uma benção”. (Malvina, 11 de setembro de 2006).</i></p> <p><i>“É o máximo. Ele chegou para acordar a gente na área infantil”. (Maria, 04 de setembro de 2006).</i></p> <p><i>“Eu vivo para eles agora. Se eu trabalhar, muito bem. Se não trabalhar, minha filha me ajuda”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>“Uma criança dá trabalho, né? Quem fala que não dá trabalho!? Porque dá! Tem que ter paciência”. (Josefa, 25 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>“Eu tenho uma neta, bem loirinha, linda ela, se ela não me ver pelo menos uma vez no dia; ela não deixa a mãe dela dormir. Ela diz: ‘eu quero a minha vó, quero ficar um pouquinho com a minha vó, ah ..., vó..., deixa eu dormir com você hoje: Porque eu estou direto com eles, se eu não vejo, procuro saber, eu gosto de cuidar deles”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>“Gosto de fazer coisas para eles comerem; do que eles gostam: um brinquedo, de brincar com eles, pintura, desenhar”. (Ivone, 04 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>“Nada atrapalha no cuidado. Tenho tempo; se não tenho, eu tiro tempo. Saúde eu tenho, com a graça de Deus. Se a gente resolve ir para um lugar, a gente perde o tempo. Então, por que não para ficar com o neto? Eu acho que é muito importante... Eu acho não, eu tenho certeza que é um laço familiar muito importante, desde que os avós tenham o seu limite”. (Maria, 04 de setembro de 2006).</i></p> <p><i>“(...) quando acontece de eu não ver ela, nossa vida do céu, fico quase louca”. (Efigênia, 21 de agosto</i></p>

	<p>de 2006).</p> <p><i>“Minha rotina continua igual, na verdade parece que com ele a gente supera tudo, às vezes eu acordo com ele de noite, e no outro dia tenho que acordar cedo e vou trabalhar do mesmo jeito”.</i> (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Eu tenho problema dos nervos, a gente sabe controlar nessas horas”.</i> (Efigênia, 21 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Foi uma felicidade quando ele chegou. Parece que estava faltando. Completou, para todos nós; mudou, mudou tudo. Parece que a gente tem mais paciência, tem paciência em cuidar e em tudo que vai fazer. Antes vivia mais nervosa, mais estressada e com ele em casa você manera mais a barra. Mesmo os outros filhos começaram a respeitar, a ouvir um som mais baixo, respeitar a hora que ele está dormindo”.</i> (Sebastiana, 02 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Minha vida mudou porque agora eu tenho muita preocupação, a gente quer ver ele bem, com saúde, então, eu fiquei até com medo dele morrer, porque nasceu muito prematuro, ficou internado”.</i> (Maíalda, 08 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Quando eu soube que ela estava doente eu não tinha sossego, eu ligava pra minha filha e perguntava: ‘Como é que ela está?’ Eu chorava, chorava, pedia oração na igreja”.</i> (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Os médicos falaram que foi um sucesso a cirurgia, ela tinha hérnia de disco, começou a andar agora de tarde. Agora vai precisar de mim como se fosse um neném. Mas até então não, se cuida, escolhe a roupa, nunca criei dependente”.</i> (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Eu nunca passei tanto desespero na minha vida igual eu passei agora, acho que nem quando meu filho sofreu um acidente e ficou internado eu não me desesperei tanto igual quando eu vi ele ali. Para ter idéia, quando saiu do hospital e foi para casa eu não dormia à noite, escutava ele respirar e já corria lá. Uma que o meu é prematuro, então o cuidado tem que ser especial”.</i> (Guilhermina, 11 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Eu estou muito preocupada, porque é uma cirurgia muito delicada, porque ele tem todos os movimentos de braço e perna e a gente tem medo que aconteça alguma coisa”.</i> (Malvina, 11 de</p>
--	--



	<p>setembro de 2006).</p> <p><i>“Minha vida mudou porque agora eu tenho muita preocupação, a gente quer ver ele bem, com saúde, então, eu fiquei até com medo dele morrer, porque nasceu muito prematuro, ficou internado”.</i> (Mafalda, 08 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Mas quando eu cheguei aqui que a vi (...). Eu cheguei na cama, apertei bastante ela. Essa semana foi uma coisa, foi uma semana longa, uma eternidade, vai se aproximando, o coração vai se apertando”.</i> (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>“A relação com o meu neto é difícil. Depois que ficou doente, complicou; porque a gente fica gastando e não vê a saúde dele voltar. Isto complica um pouco, não responde a nada”.</i> (Soraia, 05 de setembro de 2006).</p> <p><i>“Doente é mais difícil de cuidar, dificultoso pegar quando está com a aparelhagem, porque se escapa algum aparelho daquele lá já complica, judia de novo. Que nem aquela sonda lá, tem que pegar com o maior cuidado, com o maior sacrifício, que nem ele puxe e nem eu. Fora isso quando está com saúde é tranquilo”.</i> (Ofélia, 02 de agosto de 2006).</p> <p><i>“O exigimento é mais dela, eu acho normal, porque ela está doente, não tem em quem se apegar”.</i> (Iolanda, 03 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Tem muita diferença cuidar da criança doente ou da criança saudável. Quando a criança está doente precisa de um cuidado especial mesmo, para poder recuperar mais depressa. A gente tem que dar o carinho para ela, embora ela não entende muita coisa ainda. Tem que começar por aí, mostrar o amor que a gente tem desde pequenininho”.</i> (Mafalda, 08 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Quando ela está doente tem que ter cuidado melhor, porque quando não está doente, anda, brinca, tudo, agora que eu cuido dela, para dar banho na banheira, tem que segurar bem firme, senão escorrega, para lavar a cabeça, eu não consigo, tenho que pedir ajuda, quando está com a doença tem que cuidar mais”.</i> (Olga, 23 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Quando ele está com saúde brinca mais, agora aqui no hospital a gente tem que olhar melhor, já</i></p>
--	---

	<p><i>está num lugar diferente, em casa se sente mais a vontade, já tem os lugarzinhos dele, as coisinhas dele</i>". (Lurdes, 17 de outubro de 2006).</p> <p><i>"Quando está doente tem que tratar com muita atenção"</i>. (Lurdes, 17 de outubro de 2006).</p> <p><i>"Quando ele comia, eu ainda dava comida na boquinha, mas agora (...), banho não dá para tomar porque ele não se mexe, eu lavo ele assim e troco e só isso, fazer o que mais (...), agora não tem mais muito que fazer, não tem mais (...) agora fica mais difícil"</i>. (Soraia, 05 de setembro de 2006).</p> <p><i>"Quando ela não está doente ele faz tudo sozinha, agora não, eu tenho que segurar ela para ir ao banheiro, não digo que é mais difícil, porque a gente faz com prazer, faz com carinho"</i>. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>"Quando eles estão doentes é diferente o cuidado, acho que tudo é mais especial, mais atenção, mais carinho, para sarar melhor"</i>. (Sebastiana, 02 de agosto de 2006)</p> <p><i>"A Débora que precisa de mim, a outra neta tem saúde"</i> (Olga, 23 de agosto de 2006).</p> <p><i>"Quando ele falava, andava, ah, daí eu tinha vida, falava que ia lavar a louça para vó, tinha muito carinho, era muito bonzinho, eu ajudava ele a fazer a tarefa, mas ele mesmo sozinho fazia"</i>. (Soraia, 05 de setembro de 2006).</p> <p><i>"Mas como eu chorei no sábado (hoje é segunda-feira) estou chorando por saber que ela vai passar pela cirurgia, na hora da cirurgia eu fui para casa e ficava ligando para minha filha, já foi? Não foi ainda? Ah, meu Deus! Quando foi quinze para o meio dia minha filha me ligou: 'Mãe, acabou de ir para cirurgia'. Eu me tranquei no quarto, mas eu orei, orei tanto, chorei, chorei, chorei, (chorando no momento). Os médicos falaram que foi um sucesso a cirurgia, ela tinha hérnia de disco, começou a andar agora de tarde, agora como ela está vai precisar de mim como se fosse um neném"</i>. (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p>
<p>Fico direto no hospital Não adianta abandonar Eu não vou deixar ela sozinha</p>	<p><i>Cuido bem dela no hospital como em casa, eu fico direto com ela no hospital"</i>. (Iolanda, 03 de agosto de 2006).</p>

<p>Ficar aqui é melhor          No hospital tem que olhar melhor          Não pode tocar outra criança          Não acha estranho          Não achava certo          Meço a sonda, limpo bem          Está com sonda, não engole          Sentiu dor          Acostumei a cuidar          Em casa cuido também          Dou remédios          Faço cateterismo          Fico com eles          Durmo com eles</p>	<p><i>“Porque não adianta você pegar, pôr uma criança no hospital e abandonar”. (Ofélia, 02 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“Quando ela veio para o hospital a casa ficou grande, porque a gente acostuma, quando vem para cá a gente fica com uma dor no coração”. (Joana, 03 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“Aqui no hospital mais ainda, porque vira e mexe, quem está sempre aqui no hospital mais sou eu e não sei dizer não. Eu não vou deixar ela sozinha, eu que sei as picadas que ela tem que levar, não vou deixar ela sozinha, eu não consigo...” (Efigênia, 21 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“Ficar aqui é melhor do que em casa, quando vou para casa nem durmo direito de noite, a gente fica pensando muito e assim, vendo, fica melhor”. (Soraia, 05 de setembro de 2006).</i></p> <p><i>“Ele adora vir para o hospital. Para ele não muda nada, aqui ele fala que ele tem um monte de amigos”. (Lurdes, 17 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>“A gente entende que não pode tocar de uma criança para outra, principalmente porque cada criança tem uma doença diferente. Mas se precisar, no caso, se a mãe pedir para olhar: ‘Ah (...) dá para dar uma olhadinha enquanto eu vou almoçar (...)’. Mas não dá para sair e deixar o bercinho aberto”. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>“Tem muita coisa que a gente não acha tão estranho como antes. Esse negócio de gaiolinha (...) eu nunca tinha visto, mas não acho tão estranho, porque também não é uma coisa que está ali e não pode tirar. Não (...) a gente tira para arrumar a chupeta”. (Noemi, 02 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“No começo eu não achava certo, eu briguei com as meninas porque eu achava que elas estavam judiando dela. Mas não era, ela gritava, gritava, mas é porque não estava acostumada, daí acostumou”. (Olga, 23 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>“Agora eu já sei bem, meço a sonda, limpo bem, coloco a luva. Se tiver cocô a gente tira a fralda, molha um pano com água morna, limpa bem limpadinho, lavo minha mão de novo, coloco</i></p>
---	--

	<p>luvas". (Olga, 23 de agosto de 2006).</p> <p><i>"Ela está com sonda porque não consegue engolir, nem os remédios engole, fica brincando com os remédios na boca". (Olga, 23 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Ela sentiu dor porque a veia saiu fora e a menina aplicou dipirona. Quando está na veia você já sente aquela ardenciazinha, você sente que está entrando algo mais além do soro. Minha neta falou que estava inchando, não estava indo. Aí ela aplicou aquela dipirona toda fora da veia, minha neta sentiu muita dor. Quando foi para tirar o sangue sem problema, a menina veio, tirou o sangue, tirou sangue do outro braço, tirou sangue da orelhinha. A menina aplicou a injeção na borrachinha e minha neta falando 'Ah (...) vó (...) está doendo'. Eu falei: 'Tem alguma coisa errada aqui, a minha neta não chora'. E estava realmente fora. Agora a menina foi lá e retirou a agulha da veia, a mãozinha dela chega a estar alta. Foi lá, passou uma pomada e agora está sangrando a beça". (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Eu já acostumei cuidar dela, no começo foi difícil, no começo era difícil os remédios, ter que dar tudo no horário certinho. Eu tive que marcar tudo num papel e pregar na parede os horários. Marco eles pelo nome. Em casa toma treze tipos de remédios. Faço comidinha separada para ela também, é sem sal e sem óleo. Quando estamos em casa faço toda a comida igual, arroz, só com água. Ela come bem em casa, quando está boa para comer; feijão ela não pode comer, não pode comer banana, refrigerante também não. Eu nem compro refrigerante em casa porque eu tenho dó". (Olga, 23 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Ele faz cateterismo em casa, não foi difícil aprender porque a gente tenta ajudar o máximo. Porque fazendo em casa ele fica mais à vontade (...), a gente não demorou muito para aprender, só na máquina que eu demorei um pouquinho mais para pegar, quando ele estava fazendo a diálise. Em casa os remédios eu dou de dia e a mãe dá de noite". (Lurdes, 17 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>"E em casa eu cuido também, tudo que eu vejo ou que a mãe pede para fazer. Vou na casa deles, eu ajudo a trocar, se for necessário, lavo roupa do menino, fico com ele no colo num momento de cólica, tudo que é necessário que eu ajude, que eu veja que agrada aos pais eu faço". (Maria, 04 de</i></p>
--	--

	<p>setembro de 2006).</p> <p><i>“Em casa, eu lavo bem, coloco ela numa banheira, para depois tirar o xixi”.</i> (Olga, 23 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Cuido bem dela no hospital como em casa. No momento essa está precisando mais, ela está exigindo mais, até lá na casa agora”.</i> (Iolanda, 03 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Quando os netos ficam doentes em casa, se não é grave eu faço um remedinho caseiro”.</i> (Ofélia, 02 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Levo eles todos na minha casa, ligo a TV, fico lá com eles”.</i> (Ofélia, 02 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Em casa ela dorme comigo”.</i> (Olga, 23 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Se precisar posar com ela na casa dela eu vou”.</i>(Noemi, 02 de agosto de 2006).</p>
--	--

### QUADRO 3: DOMÍNIO CULTURAL 2: O APOIO À MÃE: RAZÃO PARA CUIDAR DO NETO HOSPITALIZADO.

Relação semântica: X é uma função atribuída a Y

<p>- para dar uma força para ela, Eu tenho que ajudar a minha filha A mãe dela também é doente Ela (a mãe) trabalha o dia inteiro Porque minha filha precisa Porque a mãe não pode ficar sempre A gente está dando apoio nessa hora que precisa Para ela descansar um pouco</p>	<p>É razão para</p>	<p>cuidar do neto</p>
---	---------------------	---------------------------

### QUADRO 4: TAXONOMIA 2 : O APOIO À MÃE: RAZÃO PARA CUIDAR DO NETO HOSPITALIZADO.

<p>Para dar uma força para ela, Eu tenho que ajudar a minha filha A mãe dela também é doente A mãe trabalha o dia inteiro</p>	<p><i>“Eu cuido dele para dar uma força para ela. Porque ela realmente está precisando. Ele apresentou essa série de problemas de saúde”.</i> (Malvina, 11 de setembro de 2006).</p>
---	--

<p>Porque minha filha precisa Porque a mãe não pode ficar sempre Apoio nessa hora Para ela descansar um pouco</p>	<p><i>“Tenho que ajudar agora que ela precisa de mim, que eu tenho saúde, força, vontade, tranquilidade para poder cuidar dele. Quando ele crescer e quando ela tiver condições melhores não vai mais precisar de mim. Então eu tenho que ajudar minha filha agora, que mãe seria eu se eu não apoiasse numa hora de precisão”.</i>(Malvina, 11 de setembro de 2006).</p> <p><i>“Eu jamais esqueço que eu não tive esse aconchego de vó, só foi com o meu pai, um pai maravilhoso, uma família bem estruturada, no caso. Eu creio que talvez é isso que também me ajuda hoje, ter a oportunidade de cuidar do meu neto”.</i> (Maria, 04 de setembro de 2006).</p> <p><i>“Eu fico direto com ela no hospital, porque a mãe dela também é doente”.</i> (Iolanda, 03 de agosto de 2006)</p> <p><i>“Eu não sou responsável por ele, eu estou cuidando porque eu criei, bem dizer. Os filhos me ajudam a cuidar, sempre vem um ou outro. Quando minha filha estava comigo mais eu que cuidava porque ele saía comigo. Ela estava trabalhando o dia inteiro”.</i>(Soraia, 05 de setembro de 2006).</p> <p><i>“Eu vim ficar com o Nicolas aqui porque a minha filha precisa e eu acho que eu tenho que ajudar, eu que sou mãe, se não puder ajudar, quem vai ajudar? Ela precisa descansar, está de dieta, tomar banho toma aqui, comer, come aqui; mas precisa sair lá fora um pouco, deitar na cama dela, dormir um pouco, ver o outro neném”.</i> (Noemi, 02 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Aqui a gente vem cuidar dele, porque a mãe não pode ficar sempre aqui por causa do trabalho e não dá para deixar ele sozinho; sempre tem que ficar atendendo o que pede (...)”</i> (Ivone, 04 de outubro de 2006).</p> <p><i>“Mas eu me sinto útil em cuidar dele, a gente está dando apoio nessa hora que precisa”</i> (Lurdes, 17 de outubro de 2006).</p> <p><i>“Eu estou vindo aqui para ela descansar um pouco, tem que colaborar”.</i> (Joana, 03 de agosto de 2006).</p>
---	---

### QUADRO 5: DOMÍNIO CULTURAL 3 - EDUCAÇÃO DO NETO EM FAMÍLIA: FONTE SIMBÓLICA DE TRANSMISSÃO DE VALORES

Relação semântica: X é uma espécie de Y

<p>É uma família  Presença da avó junto ao neto  Respeitar pai e mãe, saber conversar  Cumprimentar as pessoas, falar obrigada  Saber educar  Bater não educa  Saber falar  Não brigo com eles  Mimo bastante  Não fazer tudo o que o neto quer  Não dou mimo de vó  Não dou todas as coisas  A gente tem outra visão  Apego nos netos  Não tirar a autoridade da mãe  Eu não posso opinar  Criei diferente  Não bater  Pedir licença  Acho muito importante o contato da avó  Jamais passar na frente dos pais  Não interferir  Não tirar a autoridade da mãe</p>	é uma espécie	de educação aos netos
--	---------------	-----------------------

### QUADRO 6: TAXONOMIA 3 - EDUCAÇÃO DO NETO EM FAMÍLIA: FONTE SIMBÓLICA DE TRANSMISSÃO DE VALORES

<p>É uma família  Presença da avó junto ao neto  Respeitar pai e mãe, saber conversar  Cumprimentar as pessoas, falar obrigada  Saber educar  Bater não educa  Saber falar  Não brigo com eles  Mimo bastante  Não fazer tudo o que o neto quer  Não dou mimo de vó</p>	<p><i>“É uma família, jamais pode se separar, você casa, tem os teus filhos e torna-se uma avó, ou avô, que seja. As crianças têm que ser criadas num lar com alegria, vendo os pais, vendo os avós tendo bom relacionamento, isso é um futuro abençoado para a criança. Porque ela não se cria num lar com avós brigando, ou pais brigando, é uma bola só, jamais alguém sai fora ali de dentro, é uma família. Isto para mim é muito importante, eu fui criada num lar em que todos se davam bem, sem discussão, era amor um com o outro e isso me levou a ser uma pessoa alegre, uma pessoa feliz. Mesmo que minha mãe partiu quando eu era tão bebê e eu estou conseguindo passar isso para o meu neto, o que eu recebi eu estou passando. Se</i></p>
---	---

<p>Não dou todas as coisas A gente tem outra visão Apego nos netos Não tirar a autoridade da mãe Eu não posso opinar Criei diferente Não bater Pedir licença Acho muito importante o contato da avó Jamais passar na frente dos pais Não interferir Não tirar a autoridade da mãe</p>	<p><i>eu não tivesse recebido isso, teria sido uma experiência horrível para mim, e eu ia tenta apagar tudo para jamais passar pros meus netos, eu digo meus, porque eu tenho certeza que eu vou ter mais. Eu sempre digo para os meus filhos: 'O que é ruim não se leva, se leva só o que é bom'(...) e procurar passar para outras pessoas. Porque hoje em dia as nossas crianças estão um caos, são crianças abandonadas, crianças mal-educadas e sem uma estrutura numa família, sem uma base, uma educação, sei lá, como vou te dizer, faltando tudo. Então um lar, uma situação financeira boa ou não, a educação é independente disso, o amor é independente. Talvez você ouve assim: 'Ah... é fácil criar um filho, um neto bem financeiramente'. Bem financeiramente ou mal, o amor está dentro de cada um, isso aí é independente da vida financeira; eu sempre digo isso". (Maria, 04 de setembro de 2006).</i></p> <p><i>"É muito importante a presença da avó junto com o neto até depois de grande. A influência que a avó tem sobre o neto é muito importante. Eles vão aprender e passar mais tarde para os próprios filhos. A educação, o que é respeitar pai e mãe; não só pai e mãe, os de fora também. Porque educação e respeito vem dos pais, mães e dos avós que ajudam. Porque se você sabe educar uma filha ou uma neta, quando você vai conversar com alguém ela sabe conversar, sabe respeitar. Muitas pessoas que vinham falar comigo diziam: 'Parabéns, vocês educam muito bem seus filhos, vocês sabem educar'. Não são de responder mal, eles sabem como tratar as pessoas. Tanto é que a menininha, minha neta, tem três aninhos e sabe como se comportar, nunca diz me dá, olha para gente e fala: 'Dá para fazer o favor de você me dar?' Porque foi isso que eu passei pra ela, e a mãe passou, se você dá alguma coisa ela te agradece". (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Eu aprendi tudo com a minha mãe. Quando a gente era pequeno, se vinha visita em casa, as crianças tinham que sair para fora para brincar, não podiam ficar escutando conversa de adulto e aí se a gente entrasse na sala quando tinha visita, todo mundo apanhava depois para aprender a não fazer mais. Eu ensino educação para os meus netos, a cumprimentar as pessoas, as pessoas mais velhas, dar 'bença'. Quando a gente ganha alguma coisa falar obrigada. Quando desobedecem a gente briga, dá uns tapinhas na bunda, foi assim que a minha mãe ensinou". (Joana, 03 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Ser avó é meio mãe, tem que saber educar. Eu vejo muita avó enchendo o neto de presente, de mimo. Não pode cometer os mesmos erros que cometi com os filhos". (Noemi, 02 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Bater em criança não educa, mas você tem que conversar". (Efigênia, 21 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Tudo vem da gente, saber educar, saber falar. Os meus filhos</i></p>
---	--



	<p><i>nunca precisaram apanhar, nunca dei um tapa nos meus filhos. Toda vida quando eles estavam fazendo errado eu colocava eles de castigo, colocava sentado para entenderem, ou tirava alguma coisa que gostavam e falava que quando comessem a fazer certo: 'Vocês vão ganhar de novo o que vocês perderam'. Outras vezes quando faziam alguma arte eu colocava eles sentados num cantinho, sabiam porque estavam ali. Eu sabia a hora de por e a hora de tirar também, não maltratava as crianças, bater ou surrar não educa, hoje em dia a gente vê no mundo aí fora: violência... violência".... (Efigênia, 21 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Os filhos tomam tempo e muitas vezes as mães estão ocupadas. Minhas meninas dão aquela barde que eu não dou. Só que eu não brigo com eles: 'Está chorando porque quer isso?, ah (...), isso não pode, porque "agora" isso não pode, mas a vó vai dar outra coisa, vamos achar um brinquedo', e a vó vai lá e acha um brinquedo. E as mães não, para não ver o filho chorar elas dão aquilo". (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>"Eu mimo bastante, gosto que fique no colo o tempo inteiro, Eu dou canja, ficam muito mal acostumado, pego no colo, embalo, não tem como não deixar mal acostumado, enquanto eu viver vai ser assim. Eu sempre gostei de criança, se apegava com o neném". (Josefa, 25 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>"Vó não tem que fazer tudo o que o neto quer, muitas vezes a gente ia no mercado e ele mesmo que colocava as coisas no carrinho e muito neto só fica escolhendo as coisas boas, mas ele não, ele não queria isso". (Soraia, 05 de setembro de 2006).</i></p> <p><i>"Não dou mimo de vó porque isso estraga a criança, não sou vó de ficar dando presente; aliás, eu nem dou presente mais, só quando precisa". (Noemi, 02 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Ele tem um tio que gasta cinqüenta reais para comprar um carrinho, podia ter comprado pão e leite. Não digo que nunca dar um carrinho, lá uma vez ou outra, num aniversário, no Natal, para agradar, mas não só para fazer a vontade da criança, porque daí a criança vai e fala: 'Viu, você não comprou, mas meu tio comprou". (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>"Minha neta falou esses dias: 'Ah (...), vó eu não gosto mais de você'. 'Você não gosta mais da vó por que eu não dou todas as coisas que você quer? (...) Então você não vai gostar da vó". (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>"Eu acho que as meninas (as mães) não têm paciência, não têm paciência, por causa do dia-a-dia, a gente que vê de fora tem outra visão". (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>"As crianças hoje têm tudo: as mães pegam no colo, faz isso,</i></p>
--	--

	<p><i>faz aquilo. Meus filhos não tiveram isso, eu não tive tempo de fazer isso. Então agora a gente se apega nos netos, dá mais tempo também</i>". (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</p> <p><i>"A avó tem importância grande com o neto, só que não pode tirar a autoridade da mãe, tem que dar aquele carinho"</i>. (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</p> <p><i>"Mas eu sou a sogra da mãe dela, a mãe só acata o que a mãe fala. Então eu não podia opinar, eu opinava e ela falava para o meu filho que a gente estava interferindo, eu deixei de mão. Ela passou a morar com a outra avó, daí ficou diferente. Ela tem totalmente um descontrole de horário de comida, de tudo quando está lá"</i>. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).</p> <p><i>"Eu eduquei e criei totalmente diferente, eu acho que criança deste tamanho tem mania de dar tapa, se você corrige na primeira vez, não faz mais na segunda. Não bater, porque bater em criança não educa, mas você tem que conversar, e essa daqui, desde pequenininha, ela bate. Eles acham bonito, acham bonitinho, tem mania de dar tapa no rosto da gente. As outras filhas delas que ela tem, ela deixa as meninas fazerem o que querem com todo mundo, não respeita pai, não respeita mãe, não respeita ninguém"</i>. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).</p> <p><i>"A outra neta não, ela ficou comigo até fazer um aninho, eu dei a educação que eu tive, tem três aninhos, mas é uma educação fora de série, ela não passa por você sem pedir licença, se quer um copo de água ela fala: 'Vó (...), faz o favor, me alcança um copinho de água' Tudo que eu ensinei para a mãe passou para ela"</i>. (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).</p> <p><i>"Eu acho muito importante a relação da avó com o neto, mas tudo tem o seu limite, a avó não pode interferir na educação dos pais com o filho, tem que ficar neutra. Eu sempre tive essa opinião. Então eu acho muito importante o contato da avó com o neto, a participação, seja em só brincar"</i>. (Maria, 04 de setembro de 2006).</p> <p><i>"Na participação do dia-a-dia então, digamos, uma criança saudável, se eu tivesse sido avó de uma criança e nós estaríamos em casa, eu tenho certeza que seria muito importante a minha presença com o meu neto. Como é muito importante, claro, a presença da mãe com os filhos, mas tudo dentro de um limite, a minha opinião é essa: jamais eu passar na frente dos pais"</i>. (Maria, 04 de setembro de 2006).</p> <p><i>"Minha participação é ajudar, mas não interferir"</i>. (Maria, 04 de setembro de 2006).</p> <p><i>"A avó tem importância grande com o neto, só que a avó não pode tirar a autoridade da mãe, tem que dar aquele carinho, mas sem (...) Por exemplo a mãe vai lá e fala 'Aquilo lá não</i></p>
--	---

	<i>pode pegar', e o neto vem: 'Ah...Vó, posso pegar'? Tenho que falar não também". (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i>
--	---

**QUADRO 7: DOMÍNIO CULTURAL 4: CRENÇAS TERAPÊUTICAS E RELIGIOSAS:  
FONTES SIMBÓLICAS DE APOIO À AVÓ  
CUIDADORA**

Relação semântica: X é uma espécie de Y

-Eu cuido dele com coisas Que aprendi com minha mãe -a parte do peito tem que ficar protegida Gosto de dar mel As costas da camisa era a fraldinha A gente fazia aquele chazinho do mato Remédio caseiro Não pode jogar a criança para cima porque Dá sopro no coração Dava chá de macaé, chá de guaco Chá de camomila, chá de folha de laranja Chá de camomila, cachaça na água Melzinho no bico Óleo de rícino no umbigo	é uma espécie de	fonte simbólica de apoio
---	------------------	--------------------------------

**QUADRO 8: TAXONOMIA 4 - CRENÇAS TERAPÊUTICAS E RELIGIOSAS:  
FONTES SIMBÓLICAS DE APOIO À AVÓ  
CUIDADORA**

Eu cuido dele com coisas que aprendi com minha mãe. A parte do peito tem que ficar protegida Gosto de dar mel As costas das camisas era a fraldinha A gente fazia aquele chazinho do mato Remédio caseiro Dava chá de macaé Chá de guaco Chá de camomila, chá de folha de laranja	<i>"Como enxugar o vão dos dedinhos; fazer arrotar          depois que mama, enquanto não arrotar, não põe na          cama; tem gente que não liga, já coloca. Ensinei          sempre deixar ele dormindo de ladinho, nunca de          barriguinha para cima. Chazinho de camomila,          chazinho de funcho, massagem na barriguinha se          tem alguma cólica, compressa. Essas coisinhas          assim. Não deixo tomar vento, colocar toquinha e          uma série de coisas que vieram da minha mãe para          mim e eu cuidei da minha filha e do meu filho assim".</i>
--	--

<p>Chá de camomila, cachaça na água Melzinho no bico Óleo de rícino no umbigo</p>	<p>(Malvina, 11 de setembro de 2006).</p> <p><i>“A gente brinca com eles falando em alemão. Quando dá banho tem que cuidar para não levar para o vento. Tem que brincar bastante, quanto mais brinca, quanto mais conversa melhor é. A gente gosta que fiquem com bastante roupa; aqui no hospital a gente acha que ficam tão sem roupa (...). Chazinho sempre, chá de camomila, o coentro. A erva-doce é bom para dor de barriga, calmante. Para dar banho bota um pouquinho de cachaça na água para não dar alergia nele”.</i> (Graça, 12 de setembro de 2006).</p> <p><i>“Criança é igual passarinho, está bem agora, daqui a pouco não está mais, desde um vento que tome, pode estar aquele calorão. Não pode deixar a criança pelada, principalmente a parte do peito tem que ficar sempre protegida, por mais gorda que a criança seja, às vezes é uma gordura falsificada”.</i> (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</p> <p><i>“O que eu gosto de dar é mel, aquele mel de eucalipto que tem os desenhinhos das abelhas. Quando eles começam a tossir já dou uma colherzinha para cada um, às vezes eles vão até lá em casa com pão: ‘Vó, eu quero mel com pão’ ”.</i> (Ofélia, 02 de agosto de 2006).</p> <p><i>“A gente sempre passa alguma coisa para eles, no jeitinho de fazer dormir, botar melzinho no bico para quando choram. A gente faz papinha com maisena, não compra essas papinhas prontas”.</i> (Graça, 12 de setembro de 2006).</p> <p><i>“Chazinho de coentro, manjerona (...), orégano para gripe é muito bom. Quando ela era pequeninha colocava óleo de rícino no umbigo, que era próprio para o umbigo”.</i> (Olga, 23 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Eu dou chá de camomila, se não melhorar a gente leva pro médico. O chá de camomila tira a febre, dá melhora de dor. Chá da folha de laranja, ele é bom, mas não dá para pegar friagem”.</i> (Ivone, 04 de outubro de 2006).</p> <p><i>“Quando eu era pequena e ficava com dor de barriga minha mãe dava chá de macaé, mas não me lembro muito bem não (...) porque a gente morava muito longe da cidade. Antigamente, quando a criança tinha hepatite, que antigamente chamava ‘itirícia’, dava chá de picão, banho de picão, estava amarelinho e tal (...) mas a gente vai perdendo o costume (...)Tinha uma erva chamada guaco, que era bom para</i></p>
---	--

	<p><i>gripe”.</i>(Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Uma vez eu dei um chá de guaco para minha filhineta. Ela estava com muita gripe. Ao invés de dar o remedinho da farmácia, eu dei um chazinho de guaco. Não sei o que deu que deu dor na urina dela. Aí eu conversei com um amigo meu da saúde, muito experiente, que falou que não é muito bom dar chá demais. Aí eu corri de medo do chá, nunca mais eu dei chá nenhum”.</i> (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Acredito bastante nos médicos porque, na própria Bíblia está registrado, Lucas era médico”.</i> (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Acredito bastante nos médicos, no que o médico fala. Dou o que ele prescreve, o chá dou se ele fala”.</i> (Josefa, 25 de outubro de 2006).</p> <p><i>“Tinha uns dias vinha da escola e falava: ‘Vó, eu estou bem atordoado de dor de cabeça’. Tinha um comprimidinho, dava dipirona, pegava um remédio do farmacêutico, que ele era muito bom também”.</i> (Soraia, 05 de setembro de 2006).</p> <p><i>“A gente teve que correr. Não tinha posto aberto perto de casa. O posto não estava aberto a hora que ele se arruinou. A minha filha levou ele numa farmácia. O farmacêutico é formado a médico. Ele que falou: ‘Pelo amor de Deus, corre com essa criança para o hospital o mais rápido possível!’”</i> (Iolanda, 03 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Mudou de antigamente para hoje. Essas coisas resolvem, mas hoje são mais fácil da gente cuidar. Muitas coisas, às vezes, a gente faz e não é aquilo que tem que fazer. A gente já leva direto no médico e o médico já sabe o que faz”.</i> (Ofélia, 02 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Médico também é coisa muito importante na nossa vida. A sabedoria deles é coisa divina.</i> (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p>
--	--

### QUADRO 9: DOMÍNIO CULTURAL 5 - A RESPONSABILIDADE DA AVÓ DIANTE DAS INCAPACIDADES DA GENITORA EM CUIDAR DO NETO.

Relação semântica: X é uma razão para Y

<p>A mãe não tinha horário  A mãe não está em casa  Dou uma olhadinha  A mãe e o pai são separados  Pagavam para mim  A mãe é desmiolada</p>	é uma razão	para a avó cuidar do neto
--	-------------	---------------------------

### QUADRO 10: TAXONOMIA 5: A RESPONSABILIDADE DA AVÓ DIANTE DAS INCAPACIDADES DA GENITORA EM CUIDAR DO NETO.

<p>A mãe não tinha horário  A mãe não está em casa  Dou uma olhadinha  A mãe e o pai são separados  Pagavam para mim  A mãe é desmiolada</p>	<p><i>“Eu cuidei dela quando era pequenininha, ela e o irmão moravam comigo até a idade de 9 anos e o menino com 7 anos. Ficava o dia inteiro cuidando dela. A mãe não tinha horário para chegar em casa, eles eram praticamente meus filhos, eu tinha o maior prazer, o maior carinho de cuidar”.</i>(Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Quando a mãe deles não está em casa eu cuido deles (...) eu assumo o papel dela, dou banho, dou mamadeira”.</i> (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</p> <p><i>“Eu não sou responsável por ele, eu estou cuidando porque eu criei, bem dizer. Os filhos me ajudam a cuidar, sempre vem um ou outro”.</i> (Soraia, 05 de setembro de 2006).</p> <p><i>“Quando minha filha foi embora meu marido não queria entregar: ‘Não, a criança fica com a gente(...)’, eu falei para ele, assim como nós queremos, ela também quer, se fosse uma filha que desprezasse os filhos, aí, tudo bem”.</i> (Rúbia, 28 de agosto de 2006).</p> <p><i>“Normalmente eu só assessoro, quem cuida é ela.</i></p>
--	--

	<p><i>Não sou muito daquela avó de querer pegar responsabilidade para mim, não. Ela também me ajuda um pouco, mas eu deixo, assim, ela mais para cuidar dele, dou uma olhadinha para tomar um banho, ajudo em alguma coisinha, mas normalmente quem cuida é ela". (Malvina, 11 de setembro de 2006).</i></p> <p><i>"Eu gosto de ajudar porque a mãe e o pai dele não convivem mais juntos, são separados". (Ivone, 04 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>"A mãe dela não tem paciência, tem tempo, mas não tem paciência". (Noemi, 02 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Eu cuidei dela até ela completar seis meses, daí a mãe pôs na creche. Eles até pagavam para mim oitenta reais para cuidar dela. Agora só a outra vó que pega e ela quem cuida. Eu dou uma ajudinha de vez em quando(...). Quando ela morava comigo, sempre estava junto. Quando ela ganhou a nenê morava lá em casa eu não estava separada ainda e que cuidava dela, eu que dava banho, eu que ficava com ela quando não queria dormir; eles trabalhavam e eu não estava trabalhando. Meus filhos pagavam pra mim e eu ficava com ela o tempo todo, só colocava na cama do pai e da mãe quando estava dormindo já". (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).</i></p> <p><i>"Meus filhos me pagam para eu cuidar das crianças". (Bernardina, 20 de outubro de 2006).</i></p> <p><i>"Se ela ficasse só comigo eu teria tempo suficiente para cuidar dela, eu teria condições. A mãe e a outra avó não deixam. A mãe fala que ela tem ciúmes, não sei se é bem isso ou se ela usa a criança. Quando ela tem uma discussão com o meu filho a primeira coisa que faz é tirar a Paula de mim e ficar ameaçando. Desde que ela nasceu é assim, é uma desmiolada, é mãe porque pôs no mundo". (Ifigênia, 20 de agosto de 2006).</i></p>
--	---

